

石川県臨床心理士会入会申込書

年 月 日

石川県臨床心理士会会长 殿

フ リ ガ ナ

氏 名 _____

資格 登録番号*	臨床心理士 :		公認心理師 :	
勤務先	名称*			
	住所*	〒		
	電話*			
	FAX			
自宅 (現住所)	住所*	〒		
	電話*			
	FAX			
備考				
連絡先	郵送先*	<input type="checkbox"/> 勤務先	<input type="checkbox"/> 自宅	(いずれかに☑)
	E-mail*			
入会形式 (あてはまる数字に○をつけ、「2」もしくは「3」についての必要事項もご記入ください)	1. 新規入会（これまで地方の心理師会・心理士会に所属したことがない） 2. 重複入会（現時点で他の心理師会・心理士会にも所属している） :会の名称「_____」 3. 転入会（他の心理師会・心理士会より転入） :会の名称「_____」 ※過去に当会へ入会したことが（ ある ・ ない ）			
事務局チェック欄	<input type="checkbox"/> ID <input type="checkbox"/> 入会金 <input type="checkbox"/> 名簿登録 <input type="checkbox"/> パス通知・メアド登録			

注：*が必須項目です。「資格登録番号」は取得された資格の登録番号をご入力ください。

申込書の情報は入会要件の確認および手続きについてのご連絡にのみ使用します。

当会では会員資格として、1) 臨床心理士であること、もしくは、公認心理師資格登録者であること、2) 原則として石川県内に居住地或いは職場があること、と定めております。勤務先と現住所が石川県でない場合は、備考欄にてご説明をお願いいたします。