

入会届

年 月 日

福井県公認心理師・臨床心理士協会に正会員として入会したく、申し込みいたします。
 なお、入会に際しては、正会員として、貴会の規約を遵守いたします。

会員情報					公表
フリガナ					原則 公表
名前					
公認心理師 登録番号					
臨床心理士 登録番号					
現住所	〒 -				
	TEL	-	-	FAX	
所属	〒 -				
	TEL	-	-	FAX	
他の 所属・仕事					
関連領域	研修・嶺南研修・学校臨床心理士・子育て支援・障害福祉・産業領域 医療保健・エイズカウンセリング推進・被害者支援・電話相談・倫理				
電子メール					
備考					

<注意事項>

- ・上記の情報を元に会員名簿を作成し、会員に配付します。
 会員同士の連携等を促進させるためできる範囲で公表することにご協力ください。
 公表したくない情報には、「公表」の欄に「×」を記入して下さい。
 また、公表したくない情報についても、事務局にはお届けくださいますようお願いいたします。
- ・主な勤務先を所属としてお書きになり、その他、別の勤務先がある場合は必要に応じてお書きください。
- ・関連領域は、当会の部会の中で関わりたいものを選んで○をつけてください。(複数可)
- ・原則として電子メール(メーリングリスト)によって、会員への関連情報の発信をしています。
 なお、電子メールでは添付ファイルの付いた情報量の大きなものを発信することもあります。あらかじめご了承ください。
- ・会から会員宛に郵送物を送付する際は原則として現住所宛に郵送させていただきます。