申込年月日（西暦）　　　　年　　月　　日

長 野 県 公 認 心 理 師 ・ 臨 床 心 理 士 協 会

入 会 申 込 書

私は、長野県公認心理師・臨床心理士協会の趣旨に賛同し、以下の通り入会を申し込みます。

※は記入必須

■※フリガナ（姓と名の間はスペースをあける）

■※姓名（姓と名の間はスペースをあける）

■※性別（いずれかに○）　　女性　　男性　　その他　　回答しない

■※生年月日（西暦）　　　　　　年　　月　　日

■※(いずれかあるいは両方) 公認心理師登録番号 　　　　　　　臨床心理士登録番号

■※最終学歴(卒業した教育機関の中で最上位のもの)　※卒業年　　　　年　　※学位

■※連絡先（いずれかに○）　　自宅　・　勤務先

■※郵便番号　　　　　―

■※住所(都道府県・市区町村・番地・建物名等)

■※携帯電話　　　　　　　　　　　　　　　　　　■固定電話

■※Eメールアドレス

**info@nagano-shinri.jp（当会事務局）からのメールが受信できるよう、各自設定をお願いいたします。**

■※登録地区（いずれかに○）　　北信　　東信　　中信　　南信　　県外（　　　　　　都 道 府 県）

■※主たる勤務先名称

■※主たる勤務先の領域（いずれかに○）　　医療・保健　　教育　　大学・研究所

司法・法務・警察　　福祉　　産業・労働　　私設心理相談　　その他　　今は活動していない

■※職務内容・職種

■従たる勤務先名称

■従たる勤務先の領域（いずれかに○）　　　医療・保健　　教育　　大学・研究所

司法・法務・警察　　福祉　　産業・労働　　私設心理相談　　その他

■他都道府県の公認心理師協会・臨床心理士会の所属歴

■その他の通信欄（県外在勤・在住の方は、入会動機を明記）