入 会 申 込 書

＊入会希望されるものに○をお付けください。

・賛助会員

・正会員　　（専門会員・ボランティア会員・一般会員）

記入日　：　　年　月　日

フ リ ガ ナ		姓別・年齢	男・女 （　　）歳
氏　　名			
住　　所	〒 都・道 府・県		
電話 / ＦＡＸ	電 話 ＦＡＸ		
電子メールアドレス	事務所からの連絡手段は電子メールが中心となりますので、 アドレス（パソコン）をお持ちの方は、必ずお書きください。 （大きく、はっきりと）		
専 門 職 種 あてはまるものに ○をお付けください	・ 臨床心理士 （第　　号） ・ 医　師 （専門　　） ・ ケースワーカー　・ 保健師 ・ 保育士　・ 教師 ・ 大学院生 （専門　　） ・ その他 （　　）		
所 属 先			
入会希望の理由			
紹 介 者			

ー申込書送付先ー

〒604－8187
京都市中京区東洞院通御池下ル笹屋町444 初音館 302
特定非営利活動法人
子どもの心理療法支援会
TEL／FAX 075－600－3238