

特定非営利活動法人 子どもの心理療法支援会

入会申込書

※ 入会を希望される該当のものに ○ をお付けください

- ・正会員（専門会員・ボランティア会員・一般会員）
- ・賛助会員

申込日： 年 月 日

ふりがな	
氏名	
住所	〒 _____ 都・道 府・県
電話番号	( ) _____
メールアドレス	_____ @ _____
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） ・公認心理師 ・医師（専門 _____） ・ケースワーカー ・保健師 ・保育士 ・教師 ・大学 / 大学院生 ・その他（ _____ ）
所属 （大学・大学院所属の方は 学年も明記してください）	
入会希望の理由 ・きっかけ ・紹介者	

※ 以下は記入の必要はございません

【事務局記入欄】

申込書受付 \_\_\_\_\_ 年 月 日  
承認審議予定・実施 \_\_\_\_\_ 年 月 日  
入会金・年会費納 \_\_\_\_\_ 年 月 日  
その他・連絡事項 \_\_\_\_\_ 年 月 日