

# 一般社団法人 大分県公認心理師協会 入会申込書

年 月 日

登録番号	臨床心理士No.	公認心理師No.	(写真貼付) 4cm×3cm	
その他の心理に関する資格 ( )				
氏名	ふりがな			
	漢字			
生年月日		年 月 日 ( )歳	( 男性 ・ 女性 )	
所 属	ふりがな			職 名
	漢字			
	住 所	〒	TEL	FAX
MAIL				
自 宅	住 所	〒	自宅TEL	携帯
	MAIL			
専 門 領 域	領域	保健・医療 / 福祉 / 学校 / 産業・労働 / 司法・犯罪 / その他 ( )		
	主な療法	精神分析・ユング派・クライント中心療法・行動療法・システムズアプローチ・催眠動作法・折衷派・その他 ( )		
職 歴	期間		勤務先名	職 名
	期間		勤務先名	職 名
	期間		勤務先名	職 名
	期間		勤務先名	職 名
最終学歴		年度	卒業 ・ 修了	指導教員名
		大学 ・ 大学院		
推薦者	氏名		公認心理師No 臨床心理士No	

※入会希望者は、本申込書に写真を添付して下記の事務局まで郵送にてお申込みください。お預かりした入会申込書に基づいて、理事会にて入会の審議させていただき、その結果を後日メールにてご連絡いたします。  
 ※お預かりした情報は、事務局運営以外に使用することはありません。  
 ※当協会員の推薦者がいない場合は、事務局までご連絡ください。

【事務局】 〒870-0023 大分市長浜町1丁目7-3 サンライズ長浜401  
 一般社団法人 大分県公認心理師協会  
 E-mail: info@oitacp.com FAX:097-576-9975