**日本臨床動作学会　入会申込書**

**必要事項を漏れなく記入してください（※の欄は事務局が記入致します）。**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 入会申込日 | 年　　　月　　　日 | | | | | **※会員番号** |  | | |
| 氏　名 | フリガナ | | | | | 生年月日 | 西暦　　　　年 　　月　　日生 | | |
|  | | | | |
| 自宅住所 | フリガナ | | | | | | | | |
| （〒　　　　－　　　　　　） | | | | | | | | |
| 電　話 | ( ) | | | | | FAX | ( ) | | |
| E-mail | (諸連絡は主としてメールで行いますので、アドレスのある方はぜひともご記入をお願いいたします) | | | | | | | | |
| 職　域  （複数可） | 1．教 育　 2．医療・保健　3．福 祉　4．司法・矯正　5．労働・産業　6．研 究  7．大学院生　　8．大学学部生　9．その他（　　　　　　　　　　　）　数字に〇 | | | | | | | | |
| 勤務先・部署・職名 |  | | | | | | | | |
| 大学院・研究科・専攻・学年 |  | | | | | | | | |
| 勤務先又は  在学先住所 | フリガナ | | | | | | | | |
| （〒　　　　－　　　　　　） | | | | | | | | |
| 電　話 | ( ) | | | | | FAX | ( ) | | |
| E-mail | (諸連絡は主としてメールで行いますので、アドレスのある方はぜひともご記入をお願いいたします) | | | | | | | | |
| 資格等 | 1．公認心理師　2．臨床心理士　3．医 師　4．教 師　5．社会福祉士  6．精神保健福祉士　7．心理リハビリテイションSV　8．その（　　　　　　　　）  数字に〇 | | | | | | | | |
| 最終学歴  又は現学歴 | （西暦　　　　　　年度　卒業・修了・修了見込み） | | | | | | | | |
| 所属学会  所属研究会 |  | | | | | | | | |
| 本学会への入会動機 |  | | | | | | | | |
| 学会誌・送付物等の送付希望先 | | | | １．自宅　　　　２．勤務先　　　　（数字を○で囲んでください） | | | | | |
| 入会推薦者氏名（会員） | | |  | | | | | | **※事務局確認** |
| **※受付** | | **※受付連絡** | | | **※審査結果通知** | | | **※退会** | |