

# 宮城県臨床心理士会 入会申込書

|                             |   |  |  |
|-----------------------------|---|--|--|
| ふりがな<br>氏 名                 |   | 臨床心理士<br>登録番号  |  |
|                             | ※公認心理師資格のみお持ちの方は、公認心理師登録番号をお書きください。   |  |  |
| 資格取得状況                      | <input type="checkbox"/> 臨床心理士資格を新規取得 <input type="checkbox"/> 他県より転入 (前所属： ) <input type="checkbox"/> 公認心理師資格のみ保持 (準会員入会希望)  |  |  |
| ご自宅住所                       | ※アパート棟名、部屋番号等を必ずお書きください。<br>〒            -<br>※会報その他の送付先は、事務作業の都合上、原則自宅になります。   |  |  |
| 電話番号                        | (            ) -            -   |  |  |
| ※必要時に確実に連絡が取れる電話番号をお書きください。 |   |  |  |
| e-mailアドレス                  | ※はっきりと丁寧にお書きください。 ※間違いやすい数字と英文字がある場合は明示してください。<br>※当会では運営に必要な諸連絡や各種研修情報など、重要な連絡をメーリングリストを用いて配信しています。<br>※数メガバイト程度の添付書類を受信出来るメールアドレスを1つ、必ずご記入ください。<br>※メーリングリストはGoogleグループの機能を使っています。  |  |  |
| 勤務先名称                       | 1)<br>2)<br>3)<br>※複数の勤務先がある場合、主たる勤務先と考えるものから順にお書きください。<br>※SCの方は学校名を記入してください。  |  |  |
| 勤務先電話番号                     | (            ) -            -<br>※主たる勤務先の電話番号をお書きください。  |  |  |
| 所属希望<br>職域部会                | <input type="checkbox"/> 医療 <input type="checkbox"/> 教育臨床 <input type="checkbox"/> 保健・福祉 <input type="checkbox"/> 大学教育<br><input type="checkbox"/> 三部合同 (司法・矯正/私設心理臨床/産業) <input type="checkbox"/> その他<br>※所属を希望する職域部会を1つ選び、 <input type="checkbox"/> にチェックを入れてください。<br>※常勤先がある方はその職域を、非常勤の方は勤務時間が一番長い職域を選んでください。<br>※定期的に活動する特定の勤務先が無い状況が続く場合のみ、「その他」を選んでください。<br>※「大学教育」は大学・短大等の教員のみです。 |  |  |
| 代議員選挙<br>選挙権<br>※臨床心理士のみ    | 本県以外の都道府県臨床心理士会に所属している場合、代議員選挙の選挙権をいずれの心理士会で行使するかチェックを入れてください。  | <input type="checkbox"/> 宮城県<br><input type="checkbox"/> 宮城県以外 |  |
| 現在 院生の方                     | 所属先大学院研究科名：   |  |  |
| 個人情報保護と<br>入会の意思確認          | 私は、宮城県臨床心理士会の定める個人情報保護指針、および会員情報の<br><input type="checkbox"/> 取り扱いに関する申し合わせを読み、その内容に同意のうえ本会に入会<br>を希望します。<br>※ <input type="checkbox"/> 欄にチェックを入れてください。   |  |  |

※個人情報保護指針および会員情報の取り扱いに関する申し合わせは、本会ホームページ等で公開しています。

★記入年月日            年            月            日