

日本ロールシャッハ学会 入会申込書

No. _____

ふりがな					
氏名					
ローマ字					
生年月日	年	月	日	性別	男 ・ 女
自宅	住所	〒			
	電話番号		FAX		
	e-mail				
主たる 所属機関	名称			職種 役職	
	住所	〒			
	電話番号		FAX		
	e-mail				
最終学歴	大学 大学院	学部 研究科	学科 専攻	卒業 年 修了 満期退学	
臨床歴	年	臨床心理士登録番号			
郵便物の送付先	<input type="checkbox"/> 勤務先 <input type="checkbox"/> 自宅				
推薦者氏名					

以上の全ての項目に記載漏れがないことをご確認の上、お申込み下さい。

※この欄には記入しないでください。					
受理	年	月	日		
登録	年	月	日	(回常任理事会)

※申込書の推薦者は、会則で本学会の会員となっています。自署あるいは印を頂いてください。

※申込書送付先 〒582-0026 大阪府柏原市旭ヶ丘3-11-1

関西福祉科学大学心理科学部 小笠原將之研究室内 日本ロールシャッハ学会事務局