**入会申込書**

一般社団法人日本遊戯療法学会　御中

年　　　月　　　日

　一般社団法人日本遊戯療法学会定款に基づき、下記の推薦者の署名・捺印を添え、入会の申込みをいたします。

１． 　印 生年月日　　　　　年　　月　　日

２．心理職資格　　　有　・　無　　　資格名　　　　　　　　　　　　No.

　　　　　　　　いずれかに〇をすること。

３．連絡先メールアドレス（必須）　　　　　　　　　　　　＠

４．自宅住所　〒　　　－

　　自宅TEL　　　　　－（　　　　）－　　　　　　FAX　　　　－（　　　　）－

　　携帯電話　　　　　－（　　　　）－

５．所属機関名称 職名・学年

　　所属機関住所　〒　　　－

　　所属機関TEL　　　　－（　　　　）－ 　FAX　　　　　－（　　　　）－

６．送付先 自宅住所　　　所属機関　　いずれかに〇をすること。

７．最終学歴　　　　　　　　　　大学・大学院　　　　　　　　　　　　学部・研究科

　　　　　　　　　　　　　　　　　　学科・専攻　　　　　　年　　　月　卒業・修了

８．学位

９．心理臨床経験歴（機関名、職務内容、身分等を具体的に記入し、非常勤の場合は勤務日数を明記すること）

　　　　　　年　　月～　　　年　　月

　　　　　　年　　月～　　　年　　月

　　　　　　年　　月～　　　年　　月

10. 研究業績等

11. 推薦

氏の貴学会（正会員・学生会員）としての入会を推薦します。

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　年　　月　　日

　　　推薦者（署名・捺印）

　　　　　　　　　　　　　　　　　　印 　　　　　　　　　　　　　　　　　印

12．入会希望理由（推薦者がいない場合、記入すること）

|  |
| --- |
| ＜以下は学会事務局記入欄です。記入しないでください＞ |

◆書類送付　　　　◆入会審査　　　　（ 可　・　否 ） ◆本人通知