

一般会員入会申込書

一般社団法人 日本医療心理カウンセラー協会殿

貴協会の目的に賛同し、入会を申込みます。

*印は必須入力項目です。必ず入力してください。

氏名* _____

フリガナ* _____

性別* 男性 女性

生年月日* 西暦 ____年 ____月 ____日

住所* 〒 _____

電話* _____ → 携帯が好ましい。留守電

でよいので、繋がるもの

E-mail* _____ を記入してください

(メールアドレスの間違が多いです。この場合、確認メール等お送りする際、連絡が届かず、ご迷惑をおかけする事となります。ご記入の際は十分にご確認をお願いいたします。また1週間以内に当協会から連絡がない場合は、お手数ですがお客様から当協会に電話連絡をお願いいたします。)

資格* 有 無

有の場合 当協会認定カウンセラー 手帳番号：_____

上記以外 → *有効期限がわかる証書や認定書のコピーを同封してください