|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 申込日 | 年 | 月 | 日 |  |
| 氏名漢字 |  |
| 氏名カナ |  |
| 氏名ローマ字 |  |
| 生年月日 | 年　　　　　月　　　　日 | 性別 | 男　　・　　女 |
| E-mailアドレス |  |
| 最終学歴 |  | 卒業年次 | 年 |
| 〔勤務先〕 |
| 勤務先名 |  |
| 所属部課 |  |
| 役職 |  |
| 職種 |  |
| 住所 | 〒 |
| 電話番号 |  | FAX番号 |  |
| 〔自　宅〕 |
| 住所 | 〒 |
| 電話番号 |  | FAX番号 |  |
| 〔専　門〕 |
| 専門領域 | 〔 〕 | 〔　　　　　　　　　　　　　　　　　〕 |
| ※専門領域一覧より番号を選択し記入してください。二つまで） |
| 家族研究・家族療法の経験、もしくはそれらの研修経験の有無： |
| 郵便物送付先 | 勤務先　・　自 宅 | 請求書送付先 | 勤務先　・　自 宅 |
|  |
| ●会員名簿に記載しない場合、□にチェックを入れてください |
| ・勤務先住所 | □ | ・勤務先電話番号 | □ | ・勤務先FAX番号 | □ |
| ・自宅住所 | □ | ・自宅住所 | □ | ・自宅FAX番号 | □ |
| 申込者（自署署名）： |
| 推薦者（理事もしくは会員、自署署名： |

**専門領域一覧**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 番号 | 第１分類 | 第２分類 |
| 11A | 医学系 | 医師　精神科 |
| 11B | 医師　心療内科 |
| 11C | 医師　小児科 |
| 11D | 医師　その他 |
| 12 | 看護師 |
| 13 | 保健師 |
| 14 | 作業療法士 |
| 19 | その他 |
| 21 | 心理系 | 臨床心理士 |
| 22 | 心理判定士 |
| 23 | スクールカウンセラー |
| 29 | その他 |
| 31 | 福祉系 | 精神保健福祉士 |
| 32 | 社会福祉士 |
| 33A | ソーシャルワーカー　精神科 |
| 33B | ソーシャルワーカー　医療 |
| 33C | ソーシャルワーカー　その他 |
| 34 | 児童福祉司 |
| 39 | その他 |
| 41 | 教育系 | 学校教諭　 |
| 49 | その他　 |
| 51 | 司法系 | 家庭裁判所調査官　 |
| 52 | 保護観察官　 |
| 53 | 法務教官　 |
| 59 | その他　 |
| 61 | 大学教員 | 医学系 |
| 62 | 心理学系 |
| 63 | 福祉系 |
| 64 | 教育学系 |
| 65 | 法学系 |
| 66 | 社会学系 |
| 67 | 人類学系 |
| 69 | その他 |
| 71 | 大学院生 |  |
| 90 | その他 | 10文字以内で申込書にご記入ください |