

一般社団法人日本家族療法学会入会申込書

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
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		F A X 番 号	

〔自 宅〕

住 所	〒		
電 話 番 号		F A X 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

入会の目的・動機(家族療法による実践あるいは研修経験の有無を含む)			
郵便物送付先	勤務先・自宅	請求書送付先	勤務先・自宅

申込者(自署署名):

推薦者(代議員もしくは正会員。推薦者が見つからない場合は、空欄で良い)

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		公認心理師
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
42		養護教諭
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