

日本集団精神療法学会入会申込書

申込日 西暦 _____ 年 _____ 月 _____ 日

ふりがな			生年月日	西暦	年	月	日
氏名	姓	名	性別	男性・女性			
送付先指定	<p>学会誌など学会からの連絡送付先になります。必ずご指定下さい。</p> <p>1. 所属機関 2. 自宅住所</p>						
自宅住所	〒□□□□ - □□□□		※自宅住所を会員名簿へ掲載 する・しない				
自宅電話	()		自宅 FAX	()			
携帯番号	()						
E-mail	@						
所属名称 (団体)	役職名						
所属住所	〒□□□□ - □□□□		※所属住所を会員名簿へ掲載 する・しない				
所属電話	() 内線		所属 FAX	()			
最終学歴	卒業年次		学校・学部・学科・専攻名				
	西暦	年					
職 種	医師() 看護師() 保健師() 心理() ソーシャルワーカー() 作業療法士() 相談員() 教員() 指導員() その他()						
入会動機							
集団療法について 1. すでに経験がある。 ① どのような集団療法ですか ② 何年ぐらいですか 2. これから始める。 3. 将来やってみたい。							
推薦者 (推薦者の 自筆サイン 以外は不可)	①		推薦月日	西暦	年	月	日
	②		推薦月日	西暦	年	月	日

- 注) 1. 年会費は 9000 円、会計年度は 1 月から 12 月までとなっています。
 2. 推薦者は会費を納めている学会員に限られます。
 3. 入会希望者氏名、推薦者欄は必ずご本人の自筆でご記入ください。
 4. 入会申込書は下記にご郵送ください。

〒160-0011 東京都新宿区若葉 2-5-16-3F (株)ヒューマン・リサーチ内
 日本集団精神療法学会事務局
 TEL.03-3358-4001 FAX.03-3358-4002 E-mail:jimukyoku@jagp1983.com

※事務局記入欄

承認日	年	月	日	会費入金日	年	月	日	会員番号
-----	---	---	---	-------	---	---	---	------