

一般社団法人 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	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。 1. 所属機関 2. 自宅住所			
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 携帯番号	() ()	自宅 FAX	()	
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
一般社団法人 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
-----	-------	-------	-------	------