

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、入会金・初回の会費を添えて入会を申込みます。

*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
を記入してください

E-mail* _____

(メールアドレスの間違が多いです。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ので、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

初回の会費* 年間
前期 (4月1日~9月30日) 後期 (10月1日~3月31日)