

一般社団法人日本認知・行動療法学会 入会申込書

氏名ローマ字				年	月	日
氏名フリガナ			生年月日	西暦		
氏名				年	月	日
性別	・男 ・女 ・無回答 ・自由記載 ()					
メールアドレス	@					
メール配信	学会からのお知らせメールを 受領する ・ 受領しない					
現住所 (自宅)	〒 -					
	TEL : - -			FAX : - -		
所属機関	所属機関名					
	職名 (課程名)	(大学院生の場合は修士課程、博士前期課程等、課程名を記入)				
	住所	〒 -				
		TEL : - -		FAX : - -		
連絡先	現住所 (自宅) ・ 所属機関 (どちらかを○で囲んでください)					
職種	<input type="checkbox"/> 医師 <input type="checkbox"/> 介護福祉士 <input type="checkbox"/> 看護師 <input type="checkbox"/> 言語聴覚士 <input type="checkbox"/> 公認心理師 <input type="checkbox"/> 作業療法士 <input type="checkbox"/> 視能訓練士 <input type="checkbox"/> 社会福祉士 <input type="checkbox"/> 精神保健福祉士 <input type="checkbox"/> 保育士 <input type="checkbox"/> 保健師 <input type="checkbox"/> 理学療法士 <input type="checkbox"/> 臨床心理士 <input type="checkbox"/> 教育職員免許状 (<input type="checkbox"/> 幼稚園 <input type="checkbox"/> 小学校 <input type="checkbox"/> 中学校 <input type="checkbox"/> 高等学校 <input type="checkbox"/> 特別支援 <input type="checkbox"/> 養護 <input type="checkbox"/> 栄養) <input type="checkbox"/> その他 ()					
専門分野 (具体的に)			所属学会 (主なもの)			
				(他学会に所属していない場合は「なし」と記入)		
活動領域	<input type="checkbox"/> 医療・保健 (精神保健関連) <input type="checkbox"/> 医療・保健 (一般) <input type="checkbox"/> 福祉 <input type="checkbox"/> 教育 <input type="checkbox"/> 産業・労働 <input type="checkbox"/> 司法・警察 <input type="checkbox"/> 私設心理相談 <input type="checkbox"/> 大学・研究所 <input type="checkbox"/> その他 ()					
学歴 (高等学校卒業以降の学歴をすべてご記入ください。)	西暦	年		高等学校	卒業	
	西暦	年		専修学校(等)	卒業	
	西暦	年		短期大学	卒業	
	西暦	年		大学	学部	学科 卒業
	西暦	年		大学大学院	研究科	課程 在学・修了・退学
学位	修士			博士		
推薦者 (2名)			印			印

- (注) 1 推薦者は、一般社団法人日本認知・行動療法学会会員に限ります。
 2 本学会では男女共同参画 (ダイバーシティ推進) に取り組んでおり、情報収集の一環として性別をお聞きしています。
 3 入会金 (5,000円)、年会費 (7,000円) については、入会承認通知ご送付の際に納入方法をご通知致します。
 なお、年会費は口座からの自動引き落としになっておりますので、別途、口座振替依頼書においてお申し込みください。
 4 全ての欄にもれなくご記入ください。書類に不備があった場合は、再提出をお願いしております。
 5 入会資格の内「大学学部卒業以上」に該当されない方 (学歴が短期大学・専門学校・高等学校 卒業等の方) には追加書類の提出をお願いしております。詳しくは学会HPをご確認ください。

送付先
 一般社団法人日本認知・行動療法学会事務局
 〒100-0003 東京都千代田区一ツ橋1-1-1 パレスサイドビル
 (株)毎日学術フォーラム内