

※ 本申込書は太線枠内をご記入の上、事務局宛に郵送願います。  
 事務局にて受付後、入会金・年会費等のご案内を送付させていただきます。  
 <郵送先> 〒604-8126 京都市中京区高倉通蛸薬師下る貝屋町 558 澤田ビル 2F201 号  
 日本ユング心理学会事務局

日本ユング心理学会 御中

## 入 会 申 込 書

日本ユング心理学会の目的と事業に賛同し、下記推薦者の署名・捺印を添え、正会員として入会の申込をいたします。

(西暦) 年 月 日

(太線の枠内のみご記入下さい)

ふりがな	(姓)	(名)	印	生 年 月 日	性 別
氏 名				西暦 年	男
ローマ字				月 日生	女
送付先指定 <small>(必ずご指定下さい)</small>	学会誌など学会からの連絡の送付先になります。 1 所属機関 2 自宅住所		学会からのお知らせをメールで送信する場合があります。 1 所属アドレス 2 自宅アドレス		
ふりがな	〒				
現 住 所	〒				
自宅 TEL	( )	自宅 FAX	( )		
携 帯 電 話	( )				
自宅 E-mail	@				
現 所 属 と 職 名					
現 所 属 の 住 所	〒				
所 属 TEL	( )	所 属 FAX	( )		
	内線				
所 属 E-mail	@				
最 終 学 歴 <small>(学部も必記)</small>	大学	学部	学科専攻 (西暦)	年	月卒
	大学大学院		研究科		
	博士前期(修士)課程・博士後期課程				専攻
	(西暦)	年	月	修了・中途退学・満期退学	
学 位	修士 (西暦) 年 月				
	博士 (西暦) 年 月				

(財)日本臨床心理士資格 認定協会「臨床心理士」 資格取得状況		(どちらかを○で囲む) 取得 (登録番号: _____ ) 未取得				
臨床経験 (機関名・職務内 容・身分・週の勤務 日数を明記のこと)	(西暦) _____年 _____月 _____日 ~ _____年 _____月 _____日					
	(西暦) _____年 _____月 _____日 ~ _____年 _____月 _____日					
	(西暦) _____年 _____月 _____日 ~ _____年 _____月 _____日					
	(西暦) _____年 _____月 _____日 ~ _____年 _____月 _____日					
	(西暦) _____年 _____月 _____日 ~ _____年 _____月 _____日					
研究業績等 (卒論・修論・ 博士論文・学会 論文・著書等・ その他の活動実績)						
推薦者 (推薦者が見つから ない場合は、学会事 務局までご相談下 さい。)	推薦者氏名 (自署のこと)					
	推薦者所属名 <span style="float: right;">㊟</span>					
		推薦者氏名 (自署のこと)				
		推薦者所属名 <span style="float: right;">㊟</span>				
受付年月日	承認年月日	理事承認印	決定通知	会費納入	名簿	