



入会申込書

申込年月日 (西暦) 年 月 日

児童分析臨床研究会 代表殿

貴研究会の趣意に賛同し入会を申し込みます。

フリガナ 氏名 (自署)	性別 男・女 生年月日 (西暦) 年 月 日
職種	・医師 (精神科、小児科、その他=) ・心理 (臨床心理士、その他=) ・福祉 (精神保健福祉士・社会福祉士) ・教諭 ・その他(具体的に)
研究会 参加実績(要)	・第7回(2011年11月) ・第8回(2012年6月) ※いずれかを○で囲んでください。
勤務先	所属部署
連絡先 E-mail アドレス	
連絡先 (希望の連絡先について 内容をご記入下さい)	<input type="checkbox"/> 自宅住所 〒 TEL. FAX.
	<input type="checkbox"/> 勤務先住所 〒 TEL. FAX.
関心のある領域(複数可)	・精神分析 ・発達 ・乳幼児 ・学童期 ・思春期 ・精神病理 ・親子関係 ・家族機能 ・医療 ・福祉 ・教育 ・その他(具体的に=)

推薦状

児童分析臨床研究会 代表殿

私は _____ 殿を児童分析臨床研究会・会員として推薦します。

年 月 日

児童分析臨床研究会 会員 _____ (署名)

推薦していただける運営委員が見つからない場合は、事務局にご連絡下さい。