



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 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)	年 月 参加 (過去の参加実績について記入してください) ※2021年現在、運営員の推薦があれば、過去の参加実績を問わない。
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 運営委員 _____ (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。