

日本臨床心理劇学会 入会及び再登録申込書

年 月 日

日本臨床心理劇学会 理事長様

氏名 _____ 印

新規入会・住所変更・退会（該当するものにマルをつけてください）

ふりがな 氏名	
所属	
職種名	
自宅住所	〒 TEL FAX
所属先住所	〒 TEL FAX
E-mail	
郵便物希望送付先	1. 自宅 2. 所属先

受理日 年 月 日

<振込先>

郵便振込：01740-4-171243

加入者名：日本臨床心理劇学会事務局

年度会費…一般会費：5,000円，学生会員（修士課程まで）：3,000円

施設会員：30,000円