

# NPO法人 神奈川県スクールカウンセラー協会 入会申込書

NPO法人 神奈川県スクールカウンセラー協会 御中

私はNPO法人 神奈川県スクールカウンセラー協会の会員となることを希望しますので、入会を申し込みます。

令和 年 月 日

ふりがな			性別	生年月日		
氏名			西暦	年	月	日
自宅住所	〒					
電話番号	携帯		固定			
メール						
スクールカウンセラーの経験					有 ・ 無	
直近に勤務していた勤務校（最大5校まで）を記入してください。						
開始年	終了年	学 校 名				
その他の勤務先			職種			
(その他職種における経験で、書ききれない場合は、下の余白に追加してください)						
相談関係の資格	臨床心理士	<input type="checkbox"/>	登録番号			
	学校心理士	<input type="checkbox"/>	登録番号			
	公認心理師	<input type="checkbox"/>	登録番号			
	その他資格	<input type="checkbox"/>				
自宅以外に文書の送付をご希望の場合は、下欄に記入してください						
住所	〒					
電話番号			会社名等			

事務局記入欄（ここは記入しないでください）

受付年月日	承認年月日	会員番号	入会承認通知	入会時入金	名簿入力