

福岡県臨床心理士会
会長 藤田 純 殿

以下の項目にご入力下さい。* は必須項目となっております。
会員名簿にて非公開にしたい項目は口にチェック(✓)を入れて下さい。
ただし、氏名と登録番号は原則公開とします。

* お名前			
* フリガナ			
* 登録番号(半角英数)			
* 領域	▼選択して下さい	その他	

複数の機関に所属している方は、福岡県内の機関のいずれかひとつをご入力下さい。

所属	<input type="checkbox"/>			
職名・役職	<input type="checkbox"/>			
		〒	-	都道府県 ▼選択して下さい
所属 住所	<input type="checkbox"/>	市町村名		
		建物名称		
所属 TEL番号	<input type="checkbox"/>			
所属 FAX番号	<input type="checkbox"/>			
所属 e-mailアドレス	<input type="checkbox"/>			
		〒	-	都道府県 ▼選択して下さい
* 自宅 住所	<input type="checkbox"/>	市町村名		
		建物名称		
* 自宅 TEL番号	<input type="checkbox"/>			
自宅 FAX番号	<input type="checkbox"/>			
自宅 e-mailアドレス	<input type="checkbox"/>			
MailingList 登録アドレス				

※MailingListに登録する場合のみメールアドレスを指定して下さい。

会報その他の郵送先を選択して下さい。

<input type="radio"/> 自宅	<input type="radio"/> 配属先
--------------------------	---------------------------

発送先 : 福岡県臨床心理士会事務局
〒810-0042
福岡市中央区赤坂1-2-7
みずほビル607号
Tel&Fax : 092-761-8377
e-mail : fukuokakerinsyo@ninus.ocn.ne.jp