

日本老年精神医学会認定専門心理士受験申請書

ふりがな				性別 (いずれかに○)	<div style="border: 1px solid black; padding: 5px; text-align: center;"> <p>写真貼付欄</p> <p>4×3cm</p> <p>正面・脱帽・上半身</p> <p>※本写真は認定カードに使用します。</p> </div> <p><b>【注意事項】</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>* 写真の裏面に必ず氏名を記入</li> <li>* 6か月以内の写真を貼付</li> <li>* 画質が荒く不鮮明なものは不可</li> </ul>
氏名				男・女	
生年月日	(西暦)	年	月	日	
資格について (保有資格に○)	公認心理師・臨床心理士・いずれも保有していない				
本学会 会員番号				※本学会会員のみご記入ください。	
緊急連絡先	TEL :			※試験会場で緊急事態が起こった際、近親者等との連絡に使用しますので、自身の携帯電話の番号は記入しないでください。	

----- 切り取らず提出してください -----

連絡先 (いずれかに○)	自宅・勤務先		※選択の連絡先は受験票等の送付先となります。	
連絡先住所 (受験票、結果通知等の送付先)	〒 _____		都道府県	
	※勤務先の場合は、勤務先名称も必ず記載してください。			
	TEL :		FAX :	
	E-mail :			
日中連絡先	TEL :		※日中に連絡がとれる電話番号を記入してください。	

申請料「払込金受領証 (コピー)」貼付欄

申請料の払い込み後に、払込金受領証のコピーをこの枠内に貼り付けてください。払込金受領証のコピーの貼り付けがなく、入金が確認できない場合は申請を受理できません。

※ ATM を利用する場合は、発行されるご利用明細票のコピーを貼り付けてください。

**口座番号 : 00150-8-293096**

払込金受領証 (ご利用明細票) を紛失された場合は、以下に払い込みをされた年月日を記入してください。

試験申請料 払い込み年月日	(西暦)	年	月	日
------------------	------	---	---	---

上記と関係書類を添え、日本老年精神医学会認定専門心理士試験を申し込みます。

(西暦) 年 月 日

氏 名 \_\_\_\_\_ (印)