

変更届

山形県臨床心理士会事務局に登録されている住所及び勤務先等に変更がございましたら、以下にご記入頂き事務局までお知らせ下さい。

氏名	正会員	・	準会員
自宅住所	〒		
自宅電話番号（携帯電話）	:		
所属・勤務先	:		
職名	:		
勤務先住所	〒		
勤務先電話番号	:		
E-mail（研修会等のご案内を送らせていただきます）	:		
旧姓の名簿掲載	同意します	・	同意しません
ビジネスネーム	新 姓	・	旧 姓
旧 姓	:		*同意された方のみ記載をお願いします

平成 年 月 日

事務局 連絡先

〒990-0023 山形市松波 2-7-4 山形大学心理教育相談室

Fax 023-624-2847