日本EMDR学会準会員入会申請書

申請日（西暦）　　　年　　月　　日

氏　　名：　　　　　　　　　　　　　　生年：　　　　　　　　　年生まれ
フリガナ：　　　　　　　　　　　　　　性別：（どちらかに○をつける　男・女）
自宅住所：〒　　　－

自宅電話：　　　　　　　　　　　　　　自宅FAX：
携帯番号：
e-mail：（間違いやすい文字は下にフリガナをご記載ください。O(ｵｰ)と０(ｾﾞﾛ)、l(ｴﾙ)と１(ｲﾁ)など）
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

勤務先名：
職　名：
職種（○をつける、複数可）：
医師　心理　看護　福祉　教育　研究　その他（　　　　　　）
勤務先住所：〒　　　－

勤務先電話：
勤務先Fa x：
e-mail：（間違いやすい文字は下にフリガナをご記載ください。O(ｵｰ)と０(ｾﾞﾛ)、l(ｴﾙ)と１(ｲﾁ)など）
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

希望連絡先：（どちらかに○をつける：自宅・勤務先）
名簿掲載住所、電話：（どちらかに○をつける：両方可・勤務先のみ・自宅のみ）
扱えるクライエント：（それぞれ○をつける、複数可）
対　象：子ども　思春期　成人　老年　女性問題（DV、性被害など）　夫婦開係
形　態：個人　家族　夫婦　集団
疾　患：不安　うつ　PTSD　統合失調症　心身症　ADHD　学習障害　リハビリ
その他（　　　　　　　　　　　　　　）
教育・研究テーマ：（該当する方は、いくつかキーワードを上げて下さい）
（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）

日本語以外の流暢な言語：

メーリングリストへの入会を希望しない人はチェック　□

Weekend1（Part１）修了（　　年　　月　研修地　　　　　）
※トレーニング受講前またはBC修了前の方はチェック　□
Weekend2（Part２）修了（　　年　　月　研修地　　　　　）
取得学位（　　　年　　　学士　　　大学　分野　　　　　　）
（　　　年　　　修士　　　大学　分野　　　　　　）
（　　　年　　　博士　　　大学　分野　　　　　　）
資格（　　　　　　　　　　　）　※トレーニングを修了した時点で正会員へ自動的に移行します。
心理（または精神科等）臨床経験（　　　　）年、施設名（　　　　　　　　）

２名の推薦者（日本EMDR学会の正会員であること）
氏名（　　　　　　　　）会員番号（　　　　　　　）
氏名（　　　　　　　　）会員番号（　　　　　　　）