

日本家族研究・家族療法学会 変更届

申請日	年 月 日		
会員番号	649 -		
氏名漢字			
氏名カナ			
氏名ローマ字			
生年月日	年 月 日	性別	男 ・ 女
E-mail アドレス			

(勤務先)

勤務先名			
所属部課			
役職			
職種			
住所	〒		
電話番号		FAX 番号	

(自宅)

住所	〒		
電話番号		FAX 番号	

(学歴)

最終学歴	卒業年次 年		
------	--------	--	--

(専門)

専門領域	{ } { }		
------	---------	--	--

専門領域一覧より番号を選択し記入してください。二つまで)

郵便物送付先	勤務先 ・ 自宅	請求書送付先	勤務先 ・ 自宅
--------	----------	--------	----------

会員名簿に記載しない場合、 にチェックを入れてください

- ・勤務先住所 ・勤務先電話番号 ・勤務先 FAX 番号
- ・自宅住所 ・自宅住所 ・自宅 FAX 番号

〔送付先〕日本家族研究・家族療法学会 会員係

〒100-0003 東京都千代田区一ツ橋 1-1-1 パレスサイドビル(株) 毎日学術フォーラム内
Tel.03-6267-4550 Fax.03-6267-4555 E-mail. maf-jaft@mynavi.jp

専門領域一覧

番号	第1分類	第2分類
11A	医学系	医師 精神科
11B		医師 心療内科
11C		医師 小児科
11D		医師 その他
12		看護師
13		保健師
14		作業療法士
19		その他
21	心理系	臨床心理士
22		心理判定士
23		スクールカウンセラー
29		その他
31	福祉系	精神保健福祉士
32		社会福祉士
33A		ソーシャルワーカー 精神科
33B		ソーシャルワーカー 医療
33C		ソーシャルワーカー その他
34		児童福祉司
39		その他
41	教育系	学校教諭
49		その他
51	司法系	家庭裁判所調査官
52		保護監察官
53		法務教官
59		その他
61	大学教員	医学系
62		心理学系
63		福祉系
64		教育学系
65		法学系
66		社会学系
67		人類学系
69		その他
71	大学院生	
90	その他	10文字以内で申込書にご記入ください