

特定非営利活動法人
大学院連合メンタルヘルスセンター
代表理事 三 戸 秀 樹

入会のご案内（お願い）

時下、ますますご清栄のこととお慶び申し上げます。

働く人たちのメンタルヘルス問題は深刻化の一途を辿っており、企業・団体においてこの問題は最重要の緊急課題となっています。このような状況を踏まえ、働く人たちの支援を行う心理専門家の養成に注力してきた3大学院（関西福祉科学大学、帝塚山学院大学、帝塚山大学）では、その役割を再認識し、産業現場での支援活動をさらに充実・発展させることを目的に、「特定非営利活動法人 大学院連合メンタルヘルスセンター」を設立致しました。

当センターでは、

（１）労働者の心と身体健康保持・増進への事業ならびに、それを支える人材の養成を図るセミナー事業の実施とこの領域の研究・開発の深化

（２）大学・大学院等にて勉強中あるいは既に修了し、社会でカウンセリング業務を実践している若手の臨床心理士や社会福祉士等の方々へ「適切な方向づけを与える」スーパービジョン事業の展開

等を中心に、大学の枠を超えて幅広く連携し、人々がいきいきと働くことが出来る社会の実現にむけて活動していきます。

そのため、当センターでは、組織を十分機能させるために正会員のほかに賛助会員（個人、団体・法人）、準会員をもって構成し、さらに複数医療法人、健康保険組合とも連携しながら、産業保健支援部門との両輪でサービス機能を充実させ、誰もが参加できる事業を企業・官公庁、個人を対象に展開していきます。厳しい経済環境の折から、大変不躰なお願いで恐縮ですが、ご検討戴きますよう宜しくお願い申し上げます。

《会員区分ならびに会費のご案内》

【会員の種別】

- ① 正会員：この法人の目的に賛同し、会の運営に熱意を有し、事業推進にご協力いただける方（個人）
- ② 賛助会員：この法人の目的に賛同し、事業に賛助するためにご入会いただける個人又は団体
- ③ 準会員：この法人のサービス受益者として、大学・大学院在籍者、臨床心理士等の資格取得を目指している方（個人）

【会費】

- ① 正会員：1口 10,000 円／年（1口以上）
- ② 賛助会員：（個人）：1口 8,000 円／年（1口以上）
（団体）：1口 10,000 円／年（1口以上）
- ③ 準会員：1口 3,000 円／年（1口以上）

※入会申込の方は、添付の入会申込書と年会費を下記宛に送付願います。

【申込・問い合わせ先】

Email : office@mental-health-center.jp

※ 年会費は、ゆうちょ銀行：振替口座 口座番号・00920-3-90923

or りそな銀行堂島支店：科目・普通 口座番号・0056341

振込みに当たっては、振込み手数料は受取人負担とさせていただきます。

申込年月日		年	月	日
入会申し込み書 兼 会員登録票 (賛助会員:団体・法人用)		.	.	.
		賛助(団体)		賛助(法人)
* 太枠内を記入ください				
フリガナ				会員の口数
施設名				口
所在地	〒		TEL:	
役職名				FAX:
フリガナ				Mail:
代表者名				
フリガナ			(部署名・役職)	Mail:
担当者名				
施設名(フリガナ)(変更①)				(変更: 年 月)
施設名(フリガナ)(変更②)				(変更: 年 月)
所在地(変更①)	〒		(変更: 年 月)	
所在地(変更②)	〒		(変更: 年 月)	
所在地(変更③)	〒		(変更: 年 月)	
氏名(フリガナ)(変更①)	(代表者・担当者)		(変更: 年 月)	
氏名(フリガナ)(変更②)	(代表者・担当者)		(変更: 年 月)	
氏名(フリガナ)(変更③)	(代表者・担当者)		(変更: 年 月)	
氏名(フリガナ)(変更④)	(代表者・担当者)		(変更: 年 月)	
氏名(フリガナ)(変更⑤)	(代表者・担当者)		(変更: 年 月)	
TEL(変更①)	(変更: 年 月)		FAX(変更①)	(変更: 年 月)
TEL(変更②)	(変更: 年 月)		FAX(変更②)	(変更: 年 月)
<p>NPO法人 大学院連合メンタルヘルスセンターの定款に賛同し、入会を申し込みます。</p> <p style="text-align: center;">NPO法人 大学院連合メンタルヘルスセンター 代表理事 殿</p>				

ID		申込受付年月日 令和 年 月 日			
<p style="text-align: center;">入会申し込み書 兼 会員登録票 (正会員・賛助会員個人・準会員用)</p>					正・準 賛助(個人)
					正・準 賛助(個人)
* 太枠内を記入ください 資料送付先希望(勤務先・自宅)					
フリガナ				生年月日	性別
氏名				S・H 年 月 日	男・女
氏名(変更①)(フリガナ):			氏名(変更②)(フリガナ):		
勤務先				TEL:	
所在地	〒			FAX:	
部署名				Mail:	
勤務先(変更①)				TEL:	
所在地	〒			FAX:	
部署名		変更届受付日:		Mail:	
勤務先(変更②)				TEL:	
所在地	〒			FAX:	
部署名		変更届受付日:		Mail:	
最終学歴	学校・学部・学科名		年 月卒業(見込)	心理学・社会福祉学専攻で	
					ある・ない
職歴					
所属学会名					
自宅住所	〒				
	TEL:	FAX:	Mail:		
	携帯TEL:	携帯Mail:			
自宅住所(変更①)	〒				
	TEL:	FAX:	Mail:		
	携帯TEL:	携帯Mail:		変更年月:	年 月
自宅住所(変更②)	〒				
	TEL:	FAX:	Mail:		
	携帯TEL:	携帯Mail:		変更年月:	年 月
取得資格 (取得年)	①臨床心理士(年) ②公認心理師(年) ③社会福祉士(年)				
	④精神保健福祉士(年) ⑤その他(
<p>NPO法人 大学院連合メンタルヘルスセンターの定款に賛同し、入会を申し込みます。</p> <p>NPO法人 大学院連合メンタルヘルスセンター代表理事 殿</p>					