

臨床発達心理士 旧姓使用取下げ願

一般社団法人 臨床発達心理士認定運営機構
個人情報管理者殿

年 月 日

臨床発達心理士登録番号 第 _____ 号

※臨床発達心理士登録番号は0から始まる5桁の数字です。

ご不明の場合は、お手元の認定証やIDカードにてご確認ください。

戸籍名(自署) _____ 印

氏名 ローマ字 _____

この度、私 _____ は、旧姓使用願の届け出を取り消します。
今後の臨床発達心理士の活動は、戸籍名を使用いたします。

※必要事項にご記入の上、下記住所までご送付下さい。

〒160-0023 東京都新宿区西新宿 6-20-12 山口ビル 8F

一般社団法人 臨床発達心理士認定運営機構 個人情報管理者