

## 〈入会申込書〉

NPO法人 カラーアートセラピー協会（CAT） 殿

貴協会の目的に賛同し、入会を申し込みます。

※法人の場合は（ ）内に従ってご記入ください。

|                       |   |        |     |    |
|-----------------------|---|--------|-----|----|
|                       |   | 年      | 月   | 日  |
| 氏名<br>(法人名及び<br>代表者名) | 印   | 性別     | 男・女 |    |
| 生年月日<br>(創業年月日)       | 年   | 月      | 日   | 年齢 |
| 現住所<br>(代表者自宅)        | 〒   |        |     |    |
|                       | 電話  | ( )    |     |    |
|                       | 携帯番号  | ( )    |     |    |
|                       | E-mail  |        |     |    |
| 勤務地                   | 名称：   | 部署・役職： |     |    |
|                       | 〒   |        |     |    |
|                       | 電話番号  | ( )    |     |    |
|                       | 携帯番号  | ( )    |     |    |
|                       | E-mail  |        |     |    |
| 郵便物の送付先               | <input type="checkbox"/> 現住所（代表者自宅） <input type="checkbox"/> 勤務先（法人所在地）   |        |     |    |
| 入会目的                  |   |        |     |    |
| 資格取得                  | <input type="checkbox"/> 認定アートセラピスト<br><input type="checkbox"/> 認定カラフレカウンセラー<br><input type="checkbox"/> 認定カラフレインストラクター   |        |     |    |
| 協会を知った<br>媒体          | <input type="checkbox"/> ホームページ <input type="checkbox"/> ブログ ( ) <input type="checkbox"/> 雑誌 ( )<br><input type="checkbox"/> 知人・友人 <input type="checkbox"/> その他 ( ) |        |     |    |

カラー・アートセラピー協会（CAT）