

鹿児島県言語聴覚士会 入会申込書

年 月 日

私は鹿児島県言語聴覚士会に入会したく入会金・年会費を添えて申し込みます。

フリガナ

氏名 _____ 印 (男 ・ 女)

生年月日 _____ 年 月 日生 会員の種類 正・準・賛助

鹿児島県言語聴覚士会会長 殿

言語聴覚士免許	登録番号	第 号	取得年月日	年 月 日
日本言語聴覚士協会	未入会	・ 入会済	登録番号	第 号
勤務先 (主たる勤務先)	フリガナ			
	施設名			
	所属部署	役職		
	フリガナ			
	所在地	(〒 -) 鹿児島県 郡・市		
	TEL	- - (内線)		
	FAX	- -		
	施設の 種類	1. 医療 2. 老健・特老 3. 福祉 4. 特殊教育 5. 養成校 6. 研究・教育機関 7. その他()		
対象領域 (複数回答)	1. 小児言語・認知 2. 成人言語・認知 3. 聴覚 4. 発声・発語 5. 摂食・嚥下 6. その他()			
メール・アドレス	(自宅・勤務先)			

※名簿記載 可 ・ 不可

(名簿には所属施設・施設の電話及びFAX番号・氏名のみ記載します。)

※上記以外で郵便送付を希望する場合のみ下記にご記入ください。

住所 (〒 -)

フリガナ

_____ 県 郡・市

TEL _____

FAX _____

会処理欄	受理		所属局	会員の種類
	承認		局	正 準 賛助