

秘 宮城県言語聴覚士会 入会申込書 受付番号

私は宮城県言語聴覚士会に入会したく、免許証の写し(A4縮小版)を添えて申し込みいたします。

記入年月日 年 月 日

#日付は西暦で記入して下さい。

注)名前に記載した姓(通称・改姓)を記入する。

氏名	フリガナ		
生年月日	年 月 日生	*男・女	

注)免許証の姓を記入する

姓	フリガナ
---	------

免許証に記載されている姓が異なる場合のみ記入して下さい。

宮城県言語聴覚士会 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		会員(会員番号) ・ 非会員 どちらかを○で囲んでください			
* 勤務先 (主たる勤務先) 1. 常勤 2. 非常勤 月・週に()日 *の項目は該当の番号を○で囲んで下さい。	施設名	フリガナ			
	配属部署		役職		
	所在地	(〒 -) 県			
	TEL		内線		
	FAX				
	* 設立主体	1. 国 2. 都道府県 3. 市町村 4. 公的事業団 5. 民間 6. 自営 7. その他()			
	* 施設の種類	1. 医療 2. 老健・特養 3. 福祉 4. 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()				

個人情報

自宅	所在地	(〒 -) 県		
1. 住所 2. TEL 3. FAX 4. E-mail	TEL		FAX	
	E-mail			
	※氏名、勤務先は会員名簿などに記載されます。個人情報で名簿などに記載してよいものは番号を○で囲んで下さい。			
※郵便物送付先	勤務先・自宅	※E-mailでの情報提供	希望する・希望しない	
※どちらかを○で囲んでください。※郵便送付先は特段の理由がない限り、原則として「勤務先」をお願いします。				
資格の有無 該当の番号を○で囲んで下さい。	1. ケアマネ 2. 認定言語聴覚士(領域:) 3. 日本摂食嚥下リハ学会認定士 4. 認知症ケア専門士 5. がんりハ 6. 社会福祉士 7. 学会評議員(学会名:)			

県士会処理欄	受理		会員番号	
	承認			

送付先 : 〒980-0011 仙台市青葉区上杉一丁目6-10 9階

宮城県言語聴覚士会 事務所

会費納入口座 郵便局総合口座 宮城県言語聴覚士会 18120 25956921

他の金融機関からの振り込みの場合

店名 八一八 店番 818 預金項目 普通貯金 口座番号 2595692