

秘 宮城県言語聴覚士会 会友入会申込書

受付番号会友一

私は宮城県言語聴覚士会会友に入会したく、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

宮城県言語聴覚士会 殿

* 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 1. 住所 2. TEL 3. FAX 4. E-mail	所在地	(〒 -) 県		
	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」でお願いします。			
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. がんリハ 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