

秘 山形県言語聴覚士会 正会員・準会員（どちらかを○） 入会申込書 受付番号

私は山形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 20 年 月 日

注）名前に記載した姓（通称・改姓）を記入する。

注）免許証の姓を記入する。

フリガナ		印
氏名		
生年月日	西暦 年 月 日生	* 男・女

フリガナ	
姓	

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。

山形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	20 年 月 日
* 勤務先 (主たる勤務先)	フリガナ				
	施設名				
	配属部署		役職		
	所在地	(〒 -)			
	電話		内線		
	F A X				
	1. 常勤 2. 非常勤 月・週に () 日	* 設立主体	1. 国 2. 県 3. 市町村 4. 公的事業団 5. 民間 6. 自営 7. その他 ()		
* の項目は該当の番号を○で囲んで下さい。	* 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 ()			

個人情報

自宅 1. 住所 2. 電話 3. FAX 4. E-mail	所在地	(〒 -)			
	電話		FAX		
	E-mail	□ 携帯の場合			
言語聴覚士養成校	西暦 年 月 日卒業				
* 郵便物送付先	勤務先に送付・自宅に送付				

#1. 日付は西暦で記入して下さい。

#2. 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。

県士会処理欄	受理		会員番号	
	承認			