

入会申込書

長野県言語聴覚士会会長
寺島 さつき 殿

私は、長野県言語聴覚士会に正会員として入会を申し込みます。

入会申込日		(西暦) 年 月 日
入会申込者		ふりがな
		氏名 (男・女) 歳
生年月日		(西暦) 年 月 日
現住所 ※勤務先での連絡が困難な場合に使用する可能性があります		〒() 長野県 TEL () -
出身養成校		
言語聴覚士免許		取得年 (西暦) 年 免許番号 (No.)
経験年数		年 ヶ月
勤務先	① 主たる勤務先のある方 ※注) 郵便物の送付や電話連絡はこちらにさせていただきます	〒() 長野県 (施設名) (所属) (科・課・室・) TEL () - FAX () - Email @
	② 複数数の勤務先があり、かつ、どの勤務先にも籍が無い方、又は休業中の方	参考までに、現在、勤務されている施設名を記載ください
対象領域 (該当するものに✓を付してください。複数選択可)		<input type="checkbox"/> 成人領域 <input type="checkbox"/> 高次脳機能障害 (失語症他) <input type="checkbox"/> 構音障害 <input type="checkbox"/> 認知症 <input type="checkbox"/> 吃音 <input type="checkbox"/> 聴覚障害 <input type="checkbox"/> 摂食・嚥下障害 <input type="checkbox"/> その他 () <input type="checkbox"/> 小児領域 <input type="checkbox"/> 言語・コミュニケーション発達障害 <input type="checkbox"/> 構音障害 <input type="checkbox"/> 吃音 <input type="checkbox"/> 脳性麻痺 <input type="checkbox"/> 聴覚障害 <input type="checkbox"/> 摂食・嚥下障害 <input type="checkbox"/> その他 ()
日本言語聴覚士協会への加入 (加入済・未加入のどちらかを○で囲み、加入済の場合は会員番号、未加入の場合は加入予定についても記載下さい)		加入済：協会会員番号 _____ 未加入：加入予定 (有・無)
会報・ニュースレター掲載について		基本的に新入会員の方は会報(間に合わなかった方はニュースレター)でご紹介いただきます。掲載不可の場合は理由を下記に明記下さい。 ()
郵便物送付先 (自宅送付希望の方)		基本的に郵便物は勤務先郵送です。勤務先②に該当する方以外で、自宅郵送希望の方は理由を下記に明記下さい。 ()

* 会員名簿には氏名、勤務先(及びその所在地・連絡先)、対象領域のみを掲載します。

* 入会申込に関する個人情報は、第三者への開示は致しません。

* <個人情報について> 当紙により得た情報は、下記の目的以外に使用しません。

1. 会員名簿管理・発行
2. 長野県言語聴覚士会が発行する機関誌などの発送
3. 会費管理業務
4. 会員情報調査など

※提出方法：郵送にてご提出ください (総会時の申込はこの限りではありません)。

(提出先) 〒399-4117 長野県駒ヶ根市3249番地4 老人保健施設フラワーハイツ

長野県言語聴覚士会事務局 会員情報管理担当 倉田朋子

事務局処理欄	理事会承認	事務局保管	財務