

一般社団法人長野県言語聴覚士会 入会申込書

一般社団法人長野県言語聴覚士会会長

寺島 さつき 殿

私は、一般社団法人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 (該当する部分に☑)を付してください)	<input type="checkbox"/> 加入済:協会員番号_____ <input type="checkbox"/> 未加入:加入予定( <input type="checkbox"/> 有 ・ <input type="checkbox"/> 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)でご紹介させていただきます。 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) ※理由が相当と認められた場合は郵送をご自宅といたします	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. (一社)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

(一社)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