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 | | （ 男 ・ 女 ）　　　　　歳 |
| 氏名 | |
| 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（№　　　　　　　　　） | | |
| 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 @ | | |
| 1. 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） | | □成人領域  　□高次脳機能障害（失語症他） □構音障害　□認知症　□吃音  □聴覚障害　□摂食・嚥下障害　□その他（　　　　　　　　　　　　）  □小児領域  □言語・コミュニケーション発達障害　□構音障害　□吃音　□脳性麻痺  □聴覚障害　□摂食・嚥下障害　□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） | | | * 加入済：協会員番号 * 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)　 〒395-0067 長野県飯田市羽場権現978‐4　なりわいオフィス飯田

（一社）長野県言語聴覚士会事務局　宛

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 事務局処理欄 | 理事会承認 | 事務局保管 | 財務 |
|  |  |  |