

一般社団法人山陰言語聴覚士協会 入会申込書 兼 会員登録書 (様式1)

一般社団法人山陰言語聴覚士協会

会長

殿

私は、一般社団法人山陰言語聴覚士協会に入会いたしたく会費を添えて申し込みます。

入会年度	H	年度	記入	平成	年	月	日	
氏名	フリガナ						男・女	
	印							
生年月日	19	年	月	日生	歳			
勤務先 (常勤・非常勤)	施設名	フリガナ						
	理事長名又は施設長名							
	所属部署					職名		
	施設種類 (○をつけて下さい)							
	1. 病院 (急性期・回復期・慢性期・介護療養型医療施設)							
	2. 介護老人保健施設 (入所・デイケア・デイサービス)							
	3. 特別養護老人ホーム (入所・デイケア・デイサービス)							
4. 特別支援学校 5. 言語聴覚士養成学校 6. 行政機関								
7. その他 ()								
専門: 失語症・高次脳・構音障害・嚥下障害・聴覚障害・小児・認知症・その他								
所在地	フリガナ							
	(〒 -)							
	TEL					FAX		
	E-mail							
自宅	フリガナ							
	住所 (〒 -)							
	TEL					FAX		
	E-mail							
言語聴覚士養成校名						年	月	卒業
養成校の内訳	1. 大学、2. 専門学校 (大卒2年 高卒3年 高卒4年 その他)							
養成校の卒業ではない方	他大学等での科目履修: 有 [学校名] ・ 無							
免許取得年月	平成	年	月	取得	ST経験年数	年	ヶ月	
日本言語聴覚士協会	会員 (会員番号) ・ 非会員 (平成 年 月入会見込み)							
前職場名	/都道府県 ()							
推薦人	氏名					所属		
質問欄								

- ※1. この用紙に必要事項を記入の上、各県士会の総務部宛に提出して下さい。
- ※2. 入会金は各県士会の財務部に納入してください。
- ※3. ST経験年数は、休職・産休・育休期間などを差し引いた臨床経験年数をご記入ください。
国家資格制定前の臨床経験年数も含まれます。
- ※4. 推薦人には会員の名前を書いて下さい。
<協会確認欄>

協会長	県士会長	総務部長	事務担当

<受理日>

平成 年 月 日