

入会申込書

長野県言語聴覚士会会長
安川 健治 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		(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 (No.)			
経験年数	年 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 @			
先	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 未加入	協会会員番号 _____ (加入予定 有・無)		
ニュースレターへの掲載	* 掲載可 ・ 掲載不可			
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) 〒390-8648 長野県松本市城西 1-5-16 城西病院リハビリテーション科言語療法部

長野県言語聴覚士会事務局 会員情報管理担当 高山緑・横山智子・三村恵

事務局処理欄	会長承認	理事会承認	事務局保管	会計