

秘 一般社団法人千葉県言語聴覚士会 準会員入会申込書

記入年月日	20 年 月 日
-------	----------

《記入上の注意》 ※1. 年月日は西暦で記入してください ※2. *のついた項目は○で囲んでください。

私は一般社団法人千葉県言語聴覚士会に入会したく、申し込みます。

氏名	フリガナ		
生年月日	19 年 月 日生	性別	* 男・女

一般社団法人千葉県言語聴覚士会会长 殿

勤務先 (主たる勤務先) 1. 常勤 2. 非常勤 月・週に () 日 ※3 該当の番号を○で 囲んでください。	施設名	フリガナ		
	所属部署			
	所在地	(〒 一 都・県)		
	TEL		内線	
	FAX			
	※3 設立主体	1.国 2.都道府県 3.市町村 4.公的事業団 5.民間 6.自営 7.その他 ()		
	※3 施設の 種類	1.医療 2.老健・特老 3.福祉 4.教育 5.養成校 6.研究・教育機関 7.その他 ()		
	※3 対象領域	1.小児言語・認知 2.成人言語・認知 3.聴覚 4.発声・発語 (複数回答可) 5.摂食・嚥下 6.その他 ()		

個人情報 氏名、勤務先は会員名簿などに記載されます。

自宅	住所	(〒 一 都・県) マンション・アパート		
	TEL		FAX	
E-mail	本会からの連絡やメールマガジン配信に使用します。			
※4 郵便物送付先	* 勤務先・自宅			

事務局処理欄	受理		会員番号	
	承認			

郵送先 〒263-0042 千葉市稻毛区黒砂2-6-15 メゾンK102号室 一般社団法人千葉県言語聴覚士会事務所