

秘 埼玉県言語聴覚士会 正会員入会申込書

記入年月日 20 年 月 日

〈記入上の注意〉 ※1. 日付は西暦で記入して下さい ※2. \*のついた項目は○で囲んで下さい。

私は埼玉県言語聴覚士会に入会したく、免許証の写し（A4縮小版）を添えて申し込みます。

	フリガナ			
氏名			印	
生年月日	19 年 月 日生	性別	* 男・女	

注)	フリガナ
姓	

注) 免許証に記載されている姓が異なる場合のみ、免許証の姓を記入する。

埼玉県言語聴覚士会会長 殿

言語聴覚士免許	登録番号	第 号	取得年月日	年 月 日
勤務先 (主たる勤務先)	施設名	フリガナ		
	所属部署			
	所在地	(〒 - ) * 都 ・ 県		
	TEL		内線	
	FAX			
	* 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 ( )		
	* 施設の種類	1. 医療 2. 老健・特養 3. 福祉 4. 学校教育 5. 養成校 6. 研究機関 7. その他 ( )		
	* 対象領域 (複数回答)	1. 小児言語・認知 2. 成人言語・認知 3. 聴覚 4. 発声・発語 5. 摂食・嚥下 6. その他 ( )		
自宅	住所	(〒 - ) * 都 ・ 県  マンション・アパート		
	TEL			
連絡先	郵便物送付先	* 勤務先 ・ 自宅		
	E-mail	E-mail アドレス		種別
		①		* PC ・ 携帯
		②		* PC ・ 携帯
③		* PC ・ 携帯		

※県士会からの連絡やメールマガジンの配信に使用するアドレスを①に記入して下さい。

①のアドレスは、できる限りPCのアドレスを登録して下さい。

①のアドレスの他に、メールマガジンの配信を希望するアドレスがあれば、②以下に記入して下さい。

所属地域別支部	* 東部支部 ・ 西部支部 ・ 南部支部 ・ 北部支部			
名簿掲載	自宅住所	* 可 ・ 不可		自宅TEL
	E-mail ①	* 可 ・ 不可		* 可 ・ 不可

※氏名・勤務先・所属支部は、会員名簿に掲載されます。その他の項目について、名簿への掲載の可否をお答え下さい。

県士会処理欄	受 理		会員番号	
	承 認			