

## (返信用) FAX送信用紙

▼ 会員情報担当 星子 隆裕 宛

麻生リハビリテーション大学校

FAX:092-436-6612

〒812-0007 福岡市博多区東比恵3-2-1

▼ 下記にご記入の上、FAX又は郵送にてご返送下さい。

尚、会費7000円を郵便局で県士会宛にお振り込み下さい。

振込先 福岡県言語聴覚士会 01780-4-9694

### 福岡県言語聴覚士会 入会申し込み・会員票

記入日 平成 年 月 日

フリガナ

(氏名)

は、福岡県言語聴覚士会に入会を申し込みます。

言語聴覚士免許 免許取得年月日 平成 年 月 日

免許番号

日本語聴覚士協会 ※ 加入 (会員番号 ) 未加入

福岡県言語聴覚士会 会員番号

勤務先	※ 勤務形態 常勤 非常勤		ブロック	地区	名簿掲載可否 ※ 可 否	
	施設名	(法人名)	(病院名)			
	部署		肩書き			
	住所	〒		E-Mail		
		福岡県				
	電話番号		内線	FAX		
	設立主体	※ 1. 国・県・市町村 2. 公的事業団 3. 民間 4. 自営 5. その他 ( )				
	施設種別	※ 1. 医療 (急性期・回復期・維持期) 2. 福祉 3. 教育 4. 介護				
5. 養成校 6. その他 ( )		訪問ST	※ 有り	無し		
対象領域	※ 1. 言語・認知 2. 聴覚 3. 発声発語 4. 摂食嚥下					
	※ 1. 成人のみ 2. 小児のみ 3. 全般					
自宅	住所	〒				
		電話番号				
	E-Mail			FAX		
郵便物送付先		※ 1. 勤務先 2. 自宅				

会費納入日 平成 年 月 日 (西暦20 年度分 ¥7000円)

(記入上の注意)

※印は選択肢に○を付けて下さい。

[ ] 内は未記入でお願いします(事務局で記入)

(個人情報の取り扱いに関して)

この情報は、県内ブロックの活動にも使用させていただきます。

名簿へのご自宅の記載は行いません