

# 一般社団法人福島県言語聴覚士会入会申込書・変更届

記入日： 年 月 日

【入会申込書】（入会金 1000 円/年会費 8000 円/合計 9000 円）

|  |  |
|--|--|
| ふりがな   |  |
| 氏名   |  |
| ・日本言語聴覚士協会について<br><input type="checkbox"/> 会員である (No. )<br><input type="checkbox"/> 会員登録手続き中 (申請手続き日： 年 月 日)<br>・所属施設<br><input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし (※なしの方は連絡先その他へご記入下さい) |  |

\*所属施設ありの方

|           |      |           |  |
|-----------|------|-----------|--|
| 施設名       |      |           |  |
|           | 部門名： |           |  |
| 施設住所      | 〒    |           |  |
| 施設電話番号    |      | 施設 FAX 番号 |  |
| 施設 E-MAIL |      |           |  |

\*所属施設なしの方

|                           |  |
|---------------------------|--|
| 連絡先 (県士会からの郵送物等の連絡先になります) |  |
| 住所                        | ( <input type="checkbox"/> 自宅 ・ <input type="checkbox"/> その他 ) |
| 電話番号                      |  |
| FAX                       |  |
| E-MAIL                    |  |

【変更届・退会届】 下記のいずれかにチェックし、会員情報をご記入ください

|                                      |   |
|--------------------------------------|---|
| <input type="checkbox"/> 会員登録情報に変更あり | <input type="checkbox"/> 退会を希望する (理由： ) |
|--------------------------------------|---|

(変更前)

⇒ (変更後) 変更箇所のみ記入

|        |      |
|--------|------|
| ふりがな   |      |
| 氏名     |      |
| 施設名    | 部門名： |
| 施設住所   | 〒    |
| 施設電話番号 |      |

|           |      |
|-----------|------|
| ふりがな      |      |
| 氏名        |      |
| 施設名       | 部門名： |
| 施設住所      | 〒    |
| 施設電話・FAX  |      |
| 施設 E-MAIL |      |

\*こちらは変更・退会共に記入は必須