

三重県言語聴覚士会 入会届

三重県言語聴覚士会へ入会を希望します

* 全ての項目を記載してください

申込年月日： 年 月 日

希望会員種別： 正会員 ・ 準会員 ・ 賛助会員(個人・団体) ・ 学生会員

ふりがな：

氏 名：

【所属先】 * 未所属の場合は「未所属」と書いてください

所属機関名：

所属部署名：

住所：〒

TEL：

FAX：

【自宅】

住所：〒

TEL：

FAX：

携帯電話：

メールアドレス：

【連絡先の優先順番】 (所属先 ・ 自宅)

【会報誌(HPで閲覧可能)について】 会報誌の郵送を (希望する・希望しない)

【興味のある部局を最低一つ選択してください】 (複数回答可)

事務局(事務・災害) ・ 広報局 ・ 財務局 ・ 学術部 ・ 子ども支援部 ・ 地域包括ケア部

* 強制的に運営委員に所属となることはありません

【日本言語聴覚士協会会員情報】 会員番号：

(入会申請中・未入会)

【入会届提出先・提出方法】

① 郵送の場合 (下記住所まで郵送してください)

〒514-0015 三重県津市寿町7-7 三重県言語聴覚士会 事務局 行き

② メールの場合 (データを入力し、メール件名「入会届」を書いて送信してください)

メールアドレス：stmie2005@yahoo.co.jp