

秘 一般社団法人千葉県言語聴覚士会 変更届(本会HPにpdf形式及びdoc形式の変更届を掲載しています。)

下記の事項について、変更をお願いいたします。		記入年月日	20	年	月	日
※ 勤務先も自宅も県外の方は、定款第6条に基づき正会員ではなくなります。ご希望の欄にチェックをしてください。						
<input type="checkbox"/> 準会員(会員番号変更有)へ変更希望			<input type="checkbox"/> 退会を希望(別途、退会届提出が必要)			
氏名	フリガナ					会員番号
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長 殿

変更事項	氏名	勤務先	自宅	郵送物送付先	その他()
------	----	-----	----	--------	--------

以下の該当する箇所に変更内容をご記入ください。

日本語聴覚士協会		会員	非会員	※どちらかを○で囲んでください	
氏名	フリガナ			旧氏名	
勤務先 (主たる勤務先) 1. 常勤 2. 非常勤 月・週に()日 ※1 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	(〒 -) 都 ・ 県			
	TEL		内線		
	FAX				
	※1 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()			
	※1 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()			
	※1 対象領域 (複数回答可)	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()			

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	(〒 -) 都 ・ 県 マンション・アパート	
	TEL・FAX		
E-mail			確実に連絡を取ることができる 連絡先及びメールアドレスを記 入してください。
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 千葉市稲毛区黒砂2-6-15 メゾン K 102 一般社団法人千葉県言語聴覚士会事務所
 FAX 043-243-2524
 メール chibakenshikai@zp.moo.jp (変更届限定)