秘　一般社団法人千葉県言語聴覚士会　正会員入会申込書

記入年月日	20　　年　　月　　日

〈記入上の注意〉※1．生年月日は西暦で記入してください　※2．*のついた項目は◯で囲んでください。

私は一般社団法人千葉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。

氏　名	フリガナ		
生年月日	※西暦 年　　月　　日 生	性別	

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。

一般社団法人千葉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	※西暦　　年　　月　　日
日本言語聴覚士協会	＊　会員（会員番号：　　）　・　非会員　※協会への入会をお願い致します。			

勤　務　先 （主たる勤務先） 1．常勤 2．非常勤 月・週（　）日 ※3. 該当の番号を〇で囲んでください。	施設名	フリガナ		
	所属部署			
	所在地	（〒　　－　　） 都　・　県		
	TEL		内線	
	FAX			
	※3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（　　）		
	※3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（　　）		
	※3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．吃音　7．その他（　　）		
	※3外国語対応	対応無　・　対応有（対応言語：　　）		

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	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。
	TEL・FAX		
E-mail	※PC メールのご記入をお願い致します。 お持ちでなければその他アドレスをお記入ください。		
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

2023.5