

# 一般社団法人 大阪府言語聴覚士会

## 入会申込書

※記入しないで下さい  
受付年月日

-----  
受付番号 (会員番号)

ふりがな -----		記入日	年      月      日
氏名			
会員の形態	正会員(言語聴覚士免許登録番号 第                      号)・準会員・賛助会員		

- \* 下記の事項で不都合な項目については、記入して頂かなくて結構です。
- \* 所属施設は、主たる所属施設をご記入ください。
- \* 選択項目は、○で囲んでください。
- \* 本会定款上、理事会の承認を経て、新入会が認められます。そのため、入会申込書郵送後、入会手続き完了まで約1ヶ月を要することがありますのでご了承ください。

<b>所属施設</b>	ふりがな -----		部署		
	名称				
	所在地	〒			
	TEL	(      )	—	代表・直通・内線 (      )	
	FAX	(      )	—	代表・直通	
	e-mail アドレス	@			
	勤務体制	1. 常勤      2. 非常勤			
	施設形態	1. 病院 2. 福祉施設 3. 児童発達支援センター 4. 老人保健施設 5. 訪問看護 ST 6. 学校 7. 保健所 8. 養成校 9. 教育センター 10. その他 (      )			
<b>自宅</b>	対象領域 (複数回答可)	1. 失語症                      2. 構音障害 (機能性・器質性・運動障害性) 3. 言語発達障害      4. 聴覚障害      5. 音声障害      6. 吃音 7. 高次脳機能障害 8. 嚥下障害      9. その他 (      )			
	利用形態	1. 外来通院      2. 入院 (健康保険・介護保険)      3. 小児外来 4. 児童通園 5. 通所 6. 入所 7. 訪問 8. 相談 9. その他 (      )			
	住所	〒			
	TEL	(      )	—	FAX	
	e-mail アドレス	@			
<b>郵便物の送付先</b>	自宅・勤務先・その他 (宛先                      )				

※記入しないでください。  
入金確認日

年      月      日