

山梨県作業療法士・言語聴覚士連盟入会のご案内 (兼 入会申込書)

当連盟は、作業療法・言語聴覚療法が県民の健康的な生活の維持・向上に寄与することを踏まえ、作業療法・言語聴覚療法を県民に広く行き渡らせるように振興し、もって県民の健康の推進を図っていきます。

つきましては、当連盟の趣意にご賛同いただき、山梨県作業療法士・言語聴覚士連盟にご入会して下さる方を募集しております。

<ご入会手続き>

入会希望

入会申込書記入・送付 (FAX 送信もしくは郵送)

<送付先> 山梨県作業療法士・言語聴覚士連盟 事務局
山梨厚生病院 PSOT 室
〒405-0033 山梨市落合 860 / FAX: 0553-23-5563

正 会 員	一般社団法人山梨県作業療法士会の会員である方 一般社団法人山梨県言語聴覚士会の会員である方
賛助会員	当連盟の主旨にご賛同していただける方

年会費
1,000 円

<口座振込> ゆうちょ銀行
088 店 普通 1667668
山梨県作業療法士・言語聴覚士連盟

山梨県作業療法士・言語聴覚士連盟入会申込書

山梨県作業療法士・言語聴覚士連盟会長 宛

私は、山梨県作業療法士・言語聴覚士連盟に入会致したく、年会費を添えて申し込みます。

提出日： 年 月 日

会員種別	正会員 ・ 賛助会員	職種	作業療法士・言語聴覚士・他 ()		
フリガナ				性別	男・女
氏名				印	
<input type="checkbox"/> 勤務先 <input type="checkbox"/> 自 宅	勤務先				
	所属				
	所在地	〒			
	電話				
	E-mail	@			
社団法人日本作業療法士協会 会員番号					
社団法人日本言語聴覚士協会 会員番号					

※ 文字は楷書ではっきりとご記入ください。

※ 必ず印鑑を捺してください。

※ 入会者の個人情報、本連盟の事業及び活動以外には使用いたしません。

年 月 日 受付

会長	事務局長	会計責任者