

# 茨城県言語聴覚士会 入会届

申し込み日 年 月 日

ふりがな		種別	正会員	会友会員
氏名		生年月日		
免許登録年		免許番号		
所属先		部門		
所属先住所	〒			
所属先電話		所属先アドレス		
支部	県北 那珂・ひたちなか 県央 鹿行 石岡 牛久龍ヶ崎 つくば 守谷・取手 県西			
専門領域	失語 高次脳 構音障害(小児・成人) 発達障害 聴覚障害 嚥下障害 その他( )			
自宅住所	〒			
自宅電話				
自宅アドレス				
* 災害時アドレス				
* 災害時電話番号				
送付先の希望				

\* 災害時アドレス・災害時電話番号は携帯電話等で緊急時に連絡がとれるものを記入して下さい。 処理日 年 月 日

- ・支部は所属先の区分で○をして下さい。
- ・氏名・所属先・住所等に変更があった場合は、速やかに事務局までお知らせください。
- ・送付先の希望はいずれかに○をつけて下さい。