

一般社団法人 沖縄県言語聴覚士会

入会案内

1. 「入会申込書」に必要事項をご記入の上、沖縄県言語聴覚士会事務局まで送付かE-mail、あるいはFaxにて提出してください。

2. 年会費

正会員	5,000 円	<言語聴覚士有資格者>
準会員	1,000 円	<言語聴覚障害・発達障害領域に関わる関連職種の方、学生>
賛助会員	1口5,000 円	<本会の活動に賛同する企業・個人様>

(個人1口以上・企業2口以上)

※賛助会員様は、等県士会のホームページや広報誌に広告を掲載することができます。

3. 振込先：下記のいずれかにお振込み下さい。

①琉球銀行 与那原支店 601 普通 口座番号 578596

加入者名： 沖縄県言語聴覚士会

②沖縄銀行 与那原支店 202 普通 口座番号 1599723

加入者名： 沖縄県言語聴覚士会

4. 送付先：

沖縄県言語聴覚士会事務所

〒901-2424

沖縄県中城村南上原 365-13 kid's デイあうる 内

E-mail: jimust-okinawa.org

Fax: 098-901-4557

* 本会規約上、入会届け、会費の入金確認後、理事会の承認を経て入会となります。入会申込書送付後、入会手続き完了まで時間を要することがありますので、あらかじめご了承ください。

沖縄県言語聴覚士会

入会届

私は、沖縄県言語聴覚士会に入会したく、年会費を添えて申し込みします。

1. 正会員 2. 準会員 ※○で囲んでください。

記入日：20 年 月 日

フリガナ ①氏名					
②生年月日	昭和・平成	年	月	日生	1. 男 2. 女

③自宅住所	〒 Tel: Fax:							
④E-mail	@							
⑤所属	(部署名等: 役職等:)							
⑥所在地	〒 Tel: Fax:							
⑦勤務形態	1. 常勤 2. 非常勤 ※○で囲んでください							
⑧対象領域	1. 成人言語・認知 2. 発声発語 3. 小児言語・認知 4. 聴覚・人工内耳 5. 摂食・嚥下 6. その他 ()							
⑨STとしての職歴	※経験年数・施設など							
⑩免許関連	言語聴覚士免許番号 () 日本言語聴覚士協会会員番号 () その他資格 ()							
⑪会費入金日	20 年 月 日							

事務局 処理欄	受理	<input type="checkbox"/> 済	月	日	規約・名簿配布	<input type="checkbox"/> 済	月	日
	入金確認	<input type="checkbox"/> 済	月	日	名簿登録	<input type="checkbox"/> 済	月	日

※上記内容の変更や退会の際は、必ず事務局まで連絡下さいますようお願いいたします。

※E-mailは必ず記入してください。広報、連絡のほとんどはメールを使用します。(大きなデータを送付することもありますので、可能な限りパソコンアドレスを記入してください)