**一般社団法人 沖縄県言語聴覚士会**

**案内：入会届・変更届・退会届**

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 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）

※賛助会員様は当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**

**〒903-0804 　沖縄県那覇市天久1000**

**E-mail： jimu@st-okinawa.org**

**Fax： 020-4623-6525**

＊ 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・変更届**

**送付先：**

　〒900-0005

　　沖縄県那覇市天久1000

　　大浜第一病院　リハビリテーション科内（沖縄県言語聴覚士会事務局）

　E-mail：[jimu@st-okinawa.org](mailto:jimu@st-okinawa.org)

FAX：　020-4623-6525

* **送付元**

**名前：**

**連絡先（TEL/E-mail）：**

**提出日　　20　　　年　　　　月　　　　日**

※以下、変更箇所にご記入ください。

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **名前** | 旧姓 | 新 |
| **会員種別** | 旧 | 新 |
| **所属** | 旧 | 新 |
| **職場住所** | 旧 | 新 |
| **職場**  **TEL・FAX** | 旧 | 新 |
| **E-mail** | 旧 | 新 |
| **自宅住所** | 旧 | 新 |
| **自宅**  **TEL・FAX** | 旧 | 新 |

事務局処理欄　□名簿　　□議案書　　　処理日　　　月　　　日