

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

ふりがな			
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 :		
④ E-mail (PC用)			
⑤ 所属	(部署名等： 役職等：)		
⑥ 所在地 (職場)	〒 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 ()		
⑨ ST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		

※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致します。

※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)

◆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