

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・退会届

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

FAX： 020-4623-6525

沖縄県言語聴覚士会会長殿

わたくしは、この度_____の

理由により、平成_____年_____月をもって沖縄県言語聴覚士会を

退会いたしたくお届けいたします。

また、未納分の会費がありました場合はすぐ納入いたしますので、

ご連絡くださるようお願い致します。

年 月 日

氏名：_____

所属：_____

連絡先：_____

事務局処理欄 名簿 議案書 処理日 月 日