

記入日： 20 年 月 日

日本ディサースリア臨床研究会 入会申込書(一般用)

日本ディサースリア臨床研究会会長・総務部長 殿

私は日本ディサースリア臨床研究会の規約に同意の上、入会を希望いたします。

フリガナ 氏名：	印	男・女
生年月日：西暦	年	月 日

フリガナ 勤務先名：	
勤務先住所：〒	-
勤務先電話：()	内線() 勤務先 FAX：
施設の種類	(該当するものに○をつける) 1. 医療 2. 老健・特養 3. 福祉 4. 特殊教育 5. 養成校 6. 研究・教育機関 7. その他()
対象領域	(該当するものに○をつける) 1. 小児言語・認知 2. 成人言語・認知 3. 聴覚 4. 発声・発語 5. 摂食・嚥下 6. その他()

出身養成校：	所在地： 都・道・府・県
卒業年：20 年 3月	

自宅住所：〒	-
自宅電話：	自宅 FAX：
携帯電話：	
E-mail：(フリガナ)	
(アドレス)	
・主にメールを利用しての連絡となりますので丁寧に記入下さい。 ・PC アドレスをお持ちでない方は携帯電話メールをご記入下さい。	

郵送物送付先(希望する方にチェックする)： 勤務先 自宅

承認の署名	会員番号
総務部長	会長

太枠内は総務部長または事務局で記載しますので何も書かないで下さい

【送付先】

〒198-0004 東京都青梅市根ヶ布 1-642-1 多摩リハビリテーション学院 山崎 暁

E-mail：dysarthrias@yahoo.co.jp