

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：・主にメールを利用しての連絡となりますので、丁寧にご記入下さい。 ・なお、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ください。	

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

太枠内は事務局で記載しますので何も書かないでください。