

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(学生用)

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： 19 _____ 年 _____ 月 _____ 日

学校名： _____	所在地： _____ 都・道・府・県 所属支部： _____ 支部
学年： _____	修業見込年： 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ご記入下さい。 ・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。	

入会確認について 1. 本入会申込書に必要事項を記載し、総務部長に郵送します 2. 入会金(2000円)と年会費(1000円)を納入してください 3. 会長と総務部長の承認後に、総務部より入会完了の連絡があります	
養成校の卒業もしくは就業後の手続きについて 1. 正会員への移行願いに必要事項を記載し、総務部長に郵送します 2. 正会員への移行手続きは無料で行われます 3. 正会員としての年会費(2000円)を納入してください 4. 会長と総務部長の承認後に正会員として認定され、総務部より連絡があります 5. 養成校を卒業もしくは修業してから2年間の間に移行願いが提出されなかった場合、本研究会から退会したものとみなされます	
承認の署名 総務部長	学生会員番号 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ください

【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 鈴木真生

E-mail： info@dysarthrias.com