

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(購読会員用)

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。

申込代表者

フリガナ 氏名： _____ 印 _____ 男・女 _____
生年月日：西暦 _____ 年 _____ 月 _____ 日

フリガナ 施設および個人名： _____
*施設の場合は可能であれば所属までご記入ください(例：〇〇病院 リハビリテーション科 言語聴覚室)
住所：〒 _____ _____ 都道 _____ 府県
電話： _____ () _____ 内線() _____ FAX： _____
E-mail：(フリガナ _____) (アドレス _____) ・メールアドレスは丁寧に記入下さい。
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(_____)

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