申請日：　　　年　　　月　　　日

**日本ディサースリア臨床研究会　永久会員申請書**

日本ディサースリア臨床研究会　会長　殿

私は永久会員申請の条件である３項を満たしたことから，日本ディサースリア臨床

研究会永久会員について申請致します．

|  |  |
| --- | --- |
| 申請者氏名 |  |
| 日本ディサースリア臨床研究会会員番号 |  |
| 生年月日 | （西暦）　　　　年　　　　月　　　　日 |
| メールアドレス |  |
| 電話番号 |  |
| 連絡先住所 | 〒 |

【申請条件】

（１）15年以上連続して正会員であること．

（２）年度開始日に満60歳以上であること．

（３）前年度までの年会費を収めていること．

以下の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．

|  |  |
| --- | --- |
| 永久会員条件の確認 | □15年以上連続して正会員である　（入会年度：　　　　　　　　）□年度開始日に満60歳以上である　（年齢：　　　　　　　　　　） |
| 年会費入金の確認 | □入金確認　（入金日：　　　年　　　月　　　日） |
| 会長承認 | □承認（承認日：　　年　　月　　日）□ |

【提出先】

　日本ディサースリア臨床研究会　総務部　　E-mail：soumu@dysarthrias.com