

(様式 1)

受付年月日

*

有効他資格による

一般社団法人日本摂食嚥下リハビリテーション学会認定士

審査申請書 兼 登録申請書

一般社団法人 日本摂食嚥下リハビリテーション学会理事長 殿

私は一般社団法人日本摂食嚥下リハビリテーション学会認定士制度規約に基づいて 認定士への登録を希望しますので 審査料・登録料を送り 必要書類を添えて申請します。

年 月 日

会員番号			
ふりがな	氏	名	生年月日
申請者氏名			年 月 日
資格	<input type="checkbox"/> 日本看護協会摂食嚥下障害看護認定看護師 <input type="checkbox"/> 日本言語聴覚士協会認定言語聴覚士（摂食嚥下領域） <input type="checkbox"/> 日本嚥下医学会 嚥下相談医，相談歯科医，相談員 <input type="checkbox"/> 日本老年歯科学会摂食機能療法専門歯科医師		
所属施設名			
所属施設所在地	〒 - 電話 - - FAX - -		
連絡先	〒 - 電話 - - FAX - -		
e mail			

申請書類

- (1) 本書式（様式 1）
- (2) 履歴書（様式 2）
- (3) 専門職の免許証（写し）
- (4) 有効他資格認定証（写し）
- (5) 認定士審査料・登録料の振込の受領証等**（写し）
- (6) 返信用封筒：長型 3 号 1 枚（110 円切手貼付と返信先記載）

**認定士審査料（5000 円）・登録料（10,000 円）の合計 15,000 円は銀行振込で払い込み、その振込票兼受領証等を A 4 の用紙にコピーし添付すること（ネットバンキング、口座振込等の場合、残高など不要な情報は隠してください）。

審査
番号

*

(様式 1)

振込先 三菱 UFJ 銀行 豊明支店 (店番 756) 普通預金

口座番号 : 0023517

口座名義 : 一般社団法人日本摂食嚥下リハビリテーション学会 代表理事 鎌倉やよい