

日本摂食嚥下リハビリテーション学会 入会申込書

一般会員用

| | | | | | | | |
|--------------|---|--------------------------------|---|---|---|----|-----|
| (フリガナ) 氏名 | <input type="text"/> | 申込日 | 年 | 月 | 日 | | |
| 専門 | <input type="checkbox"/> 歯科医師 | 生年月日 (西暦) | 年 | 月 | 日 | 性別 | 男・女 |
| | <input type="checkbox"/> 歯科衛生士 | | | | | | |
| | <input type="checkbox"/> 看護師 | <input type="checkbox"/> 言語聴覚士 | <input type="checkbox"/> 管理栄養士 | | | | |
| | <input type="checkbox"/> 医師 (科) | <input type="checkbox"/> 理学療法士 | <input type="checkbox"/> 栄養士 | | | | |
| | | <input type="checkbox"/> 作業療法士 | <input type="checkbox"/> その他 () | | | | |

*住所の記入は、勤務先もしくは自宅のどちらか一方でもかまいません。

勤務先住所

| | | | |
|------|----------------------|-----|----------------------|
| 郵便番号 | <input type="text"/> | | |
| 住所 | <input type="text"/> | | |
| 施設名 | <input type="text"/> | 部署 | <input type="text"/> |
| 役職 | <input type="text"/> | | |
| 電話 | <input type="text"/> | FAX | <input type="text"/> |

自宅住所

| | | | |
|------|----------------------|-----|----------------------|
| 郵便番号 | <input type="text"/> | | |
| 住所 | <input type="text"/> | | |
| 電話 | <input type="text"/> | FAX | <input type="text"/> |

郵送先選択 勤務先 自宅 ← 郵便物送付先を選んでください。

メールアドレス

★事務局からお問い合わせする場合がございますので、メールアドレスは必ずご記入ください。

入会方法のご案内

入会申込書に必要事項をご記入の上、年会費 (5,000円) 支払いを証明するもの(払込受領証のコピー等)を添えて郵送またはFAXしてください。学会費の受領をもって入会とさせていただきます。

申し込み方法について

連絡先 458-0817 愛知県名古屋市緑区諸の木1-1704-202
日本摂食嚥下リハビリテーション学会事務局
電話：052-848-6570, FAX：052-848-6569
email: jsdr@fujita-hu.ac.jp 担当：内田, 青木
ご連絡はできるだけFAXまたはemailでお願い申し上げます。

振込先 口座番号：00820-3-72879 (郵便振替口座)
口座名称：日本摂食・嚥下リハビリテーション学会

ゆうちょ銀行でお振り込みされる場合は下記の番号でお願いします。
〇八九 (ゼロハチキュウ) 店 当座 0072879