

(様式 3.1)

受付年月日	*
-------	---

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
登録申請書（認定士試験合格者用）

年 月 日

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く、日本摂食嚥下リハビリテーション学会認定士認定試験に合格したので、登録を申請いたします。

認定士試験受験番号		会員番号		
ふりがな	氏	名	印	生年月日
申請者氏名				年 月 日
住所	〒 -	電話 - -	FAX - -	
e-mail				
所属施設名				
同上所在地	〒 -	電話 - -	FAX - -	
職種	医師・歯科医師・看護師・言語聴覚士・歯科衛生士・理学療法士 作業療法士・管理栄養士・栄養士・その他（ ）			

申請書類

- (1) 認定士の登録申請書(本書)
- (2) 認定士登録料の払い込み受領証の写し

*は事務局で記載します。
(認定証は学会誌の郵送先に届きます)