|  |  |
| --- | --- |
| 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 | □ 日本看護協会摂食嚥下障害看護認定看護師□ 日本言語聴覚士協会認定言語聴覚士（摂食嚥下領域）□ 日本嚥下医学会　嚥下相談医，相談歯科医，相談員□ 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

＊

審査

番号

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Ａ４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）。

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