

(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	印	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)			
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 (84 円切手貼付と返信先記載)

審査番号	*
------	---

**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)。

審査で不適格になった場合、登録料を返金します。

* : 学会事務局記入欄のため記入しないこと。