

会員異動届（及び会員名簿記載事項変更・退会届）

***事務局へ郵送してください**

届け出年月日 _____ 年 _____ 月 _____ 日

氏名 _____ 会員番号 _____

勤務先 _____

変更 ・ 退会

お届けの項目に丸をつけて下さい。

*以下については**変更・訂正箇所のみ**ご記入ください。

氏名 _____ (旧姓) _____ 郵便物送付先 勤務先/自宅

< 勤務先 >

名称 _____ 所属部署 _____

所在地 〒 _____

交通手段・最寄駅 _____

TEL _____ 代・直・内線 () FAX _____ 代・直

E-mail _____

勤務体制 常勤/非常勤 (週・月) _____ 日

[対象領域] 失語症 構音障害 (機能性・器質性・運動障害性) 言語発達遅滞
聴覚障害 音声障害 吃音 高次脳機能障害 嚥下障害
その他 ()

[施設形態] 病院 (病棟の種類 : 一般病棟・回復期リハ・介護療養型病床)
福祉施設 通園施設 老人保健施設 訪問看護 S T 学校
保健所 養成校 教育センター その他 ()

[利用形態] 外来通院 入院 (健康保険・介護保険) 外来通園 措置通園
通所 入所 訪問 相談 その他 ()

[関連職種の有無] P T ・ O T ・ M S W ・ 心理 ・ その他 ()

< 自宅 >

住所 〒 _____

TEL _____ FAX _____

E-mail _____

* 所属施設の無い会員の方は、連絡先 (自宅住所、TEL/FAX 番号、メールアドレス) を
会員名簿に掲載したいと思います。掲載不可の項目は、に×印をご記入ください。

*送付先 〒543-0045 大阪市天王寺区寺田町 2-5-6 サンプラザ寺田町駅前ビル 701 B
大阪府言語聴覚士会 事務局 宛