

登録事項変更届書

登録事項に変更がある場合は、FAXまたは郵送によりお知らせ願います。

変更する項目に○をつけ、その項目にのみご記入ください。

岐阜県言語聴覚士会事務局

〒503-2413 岐阜県揖斐郡池田町白鳥104

サンビレッジ国際医療福祉専門学校

FAX 0585-45-0188

岐阜県言語聴覚士会会長 殿

年 月 日

変更後の 氏名	ふりがな	旧姓	会員番号
変更後の 勤務先 (主たる勤務先)	勤務形態	※ 1. 常勤 2. 非常勤 週月に()回	
	施設名	ふりがな	
	所属部署	ふりがな	
	所在地	(〒 -) ふりがな	
	TEL		内線
	FAX		E-MAIL
	施設の 種類	※ 1. 医療 2. 老健・特養 3. 福祉 4. 特別支援 5. 養成校 6. 摂食・嚥下 7. その他 ()	
	対象領域 (複数回答)	※ 1. 小児言語・認知 2. 成人言語・認知 3. 聴覚 4. 発声・発語 5. 摂食・嚥下 6. その他 ()	
変更後の 自宅	住所	ふりがな (〒 -)	
	TEL		FAX
	E-Mail		
	変更後の 郵便送付先	※ 勤務先 自宅	

<記入上の注意> 読みにくい文字にはふりがなをつけてください。日付は西暦で記入してください。

※のついた項目は○で囲んでください。

次の項目で名簿に日掲載を希望するものに○をつけてください。

1. 自宅住所 2. 自宅電話 3. 自宅FAX 4. 自宅E-Mail
5. 勤務先電話 6. 勤務先FAX 7. 勤務先E-Mail

この情報は会員管理以外の目的には使用いたしません。