

# 一般社団法人山陰言語聴覚士協会 賛助会員(個人・団体)入会申込書 (様式6)

私は、一般社団法人山陰言語聴覚士協会に賛助会員として入会いたしたく、申し込みます。

一般社団法人山陰言語聴覚士協会 会長 殿

入会申込日	年 月 日	申込口数	口
氏名 (団体名)	フリガナ		
	印 (個人印可)		

連絡先	フリガナ			
	担当者名			
	所属部署			
	役職(もしくは職名)			
	〒	<input type="text"/>	—	<input type="text"/>
	住所	都道	府県	
	電話	—	—	FAX — —
E-mail				
入会理由				
ホームページへのバナー掲載を ( 希望します ・ 希望しません )				
バナー掲載内容について希望等ありましたらお書きください。				

※この用紙に必要な事項を記入の上、下記住所に FAX 又は郵送してください。

〈年会費・事業年度について〉

- ・年会費は、団体一口 50,000 円・個人一口 10,000 円となります。申込み後通知する口座にお振込み(ご一括)下さい。
- ・事業年度は、5 月から翌年 4 月末日までとさせていただきます。

〈バナー掲載について〉

- ・希望された場合、入金手続き完了の確認が出来次第、当会広報部から手続きのご案内をメールにてお送りします。

〈申込書送付先〉

一般社団法人山陰言語聴覚士協会 事務局

〒683-0825 鳥取県米子市錦海町 3-4-5

〈お問い合わせ先〉

錦海リハビリテーション病院 リハビリテーション技術部 佐藤勝之

TEL: (0859) 34-2300 FAX: (0859) 34-2303 Mail: st-kinkai@kohoehn.jp

〈協会確認欄〉

協会長	事務担当

〈受理日〉

令和 年 月 日