|  |  |
| --- | --- |
| 入金確認 | 名簿入力 |
| 月　　日 | 月　　日 |
|  |  |

第１号様式

入　　会　　届

公益社団法人　茨城県作業療法士会

会　長　　大　場　　耕　一　　殿

|  |  |
| --- | --- |
| 申込日 | 年　　　　月　　　　日 |
| フ リ ガ ナ  氏 名 |  |
| 所属施設名  （所属科名） | （　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） |
| 領　　域 | 身体領域・精神領域・発達領域・老年領域・教育・その他 |
| 所属住所 | 〒 |
| 所属連絡先 | 電　話　（　　　　）　　　　　－　　　　　　　（内線　　　　　）  ＦＡＸ　（　　　　）　　　　　－ |
| 自宅住所 | 〒 |
| 自宅連絡先 | 電　話　（　　　　）　　　　　－  ＦＡＸ　（　　　　）　　　　　－ |
| 郵送物送付希望 | 所属先　・　自　宅　（原則は“所属先郵送”となります） |
| メール・アドレス | ＠    　　　　　　　　　　　不要 |
| 入会届受理連絡 | 要　　・　　不要　（どちらか一方に〇で囲んでください） |
| 関連団体情報(注１) | (社)日本作業療法士協会　会員番号 |
| 資格取得情報 | □新人教育プログラム終了　　　□認定作業療法士  □介護支援専門員　　　　　　　□福祉用具プランナー  □福祉住環境コーディネイター（　　　　　級）  □その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）  ＊資格情報の公開を了解します　（はい・いいえ） |
| 振り込み日（＊） | 年　　　月　　　日　（　済　・　予定　） |

＊入会届が受理された旨の連絡が必要な方は、記載いただいたアドレスにご連絡させていただきます。

＊入会にあたっては、「入会金」および「年会費」の納入が必要です。新規入会の方は口座振り込みにて行いますので、入会申し込み書送付から1週以内の振り込みをお願いいたします。

＊2年目以降の年会費引き落としにはI－NET貯金口座振替手続きが必要です。

＊個人情報は会員管理のみに使用し、管理には十分注意をいたします

＊他県からの異動の方は異動届けをご利用下さい

＊注１）本会入会には日本作業療法士会への同時入会が必須となります