

賛助会員 A 入会届

この入会届は、社団法人日本作業療法士協会会員であり、①兵庫県外に勤務する作業療法士または②勤務先を有さない場合は兵庫県外に居住する作業療法士が、入会を希望する場合に使用するものです。また、県士会に届けられた個人情報、県士会活動に限って使用し、県士会活動以外の目的には使用しません。県士会活動以外の目的で使用する場合は事前に本人に了承を得ます。また、当士会を退会された場合であっても、後ほど在籍状況を照会する必要性から情報は消去されません。名簿掲載不可を選択しない限り、県士会が発行する名簿に、所属・氏名・会員番号等が掲載されます。県士会は個人情報の管理には漏洩することの無いよう十分に注意します。

ふりがな 氏名	男・女	申請年月日		
		西暦	年	月 日
自宅住所	〒	都・道・府・県		
自宅電話番号				
自宅FAX番号				
勤務先名				
勤務先住所	〒	都・道・府・県		
勤務先電話番号				
勤務先FAX番号				
専門分野		身体障害・精神障害・発達障害・老年期障害・その他（ ）		
主たる業務内容		臨床・教育・研究・行政・相談・管理職・その他（ ）		
郵送物配達先		勤務先への郵送希望 ・ 自宅への郵送希望		
名簿掲載		掲載可・掲載不可（どちらかを○で囲んで下さい。○がない場合は掲載可とします）		

記入例

ふりがな 氏名	さぎょう りょうこ 作業 療子	男・女	申請年月日		
			西暦	年	月 日
自宅住所	〒654-0142	大阪	都・道・府・県	大阪府浪速区立売堀1-1-1	
自宅電話番号				06-6666-6666	
自宅FAX番号				06-6666-6666	
勤務先名				賛助会員病院リハビリテーション室	
勤務先住所	〒654-0142	大阪	都・道・府・県	大阪府北区中之島1-1-1	
勤務先電話番号				06-9999-9999	
勤務先FAX番号				06-9999-8888	
専門分野				身体障害・精神障害・発達障害・老年期障害・その他（ ）	
主たる業務内容				臨床・教育・研究・行政・相談・管理職・その他（ ）	
郵送物配達先				勤務先への郵送希望 ・ 自宅への郵送希望	
名簿掲載				掲載可・掲載不可（どちらかを○で囲んで下さい。○がない場合は掲載可とします）	