

# 長崎県作業療法士会

## 入会届出書

一般社団法人長崎県作業療法士会

会 長  沖 英 一  様

私は、長崎県作業療法士会へ入会を申し込み致します。

平成\_\_\_\_年\_\_\_\_月\_\_\_\_日

フリガナ

氏 名 \_\_\_\_\_ 印 (  男・女  )

勤務先名

\_\_\_\_\_

部署名

\_\_\_\_\_

勤務先住所 〒 \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

勤務先 TEL \_\_\_\_\_ FAX \_\_\_\_\_

自宅住所 〒 \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

連絡先（自宅・携帯）

\_\_\_\_\_

E-mail : \_\_\_\_\_

免許番号 \_\_\_\_\_ 協会会員番号 \_\_\_\_\_

### 個人情報の取り扱いについて

上記の個人情報は、本会が規定する個人情報保護規程に則り取り扱い、本会からの各種連絡、情報提供以外の目的に使用することはありません。なお、個人名および所属の個人情報につきましては、本会発行の会員名簿に掲載させて頂くことをご了承ください。

自宅会員の住所は掲載されません。