

|              |  |         |  |           |  |           |  |           |  |
|--------------|--|---------|--|-----------|--|-----------|--|-----------|--|
| OT協会<br>会員番号 |  | 会長<br>印 |  | 事務局長<br>印 |  | 財務部長<br>印 |  | 管理部長<br>印 |  |
|--------------|--|---------|--|-----------|--|-----------|--|-----------|--|

## 入会申込書 (正会員)

公益社団法人 愛媛県作業療法士会会長 殿

私は、公益社団法人 愛媛県作業療法士会に正会員として入会を申し込みます。

年 月 日

フリガナ

氏名 \_\_\_\_\_ 印 ( 男 ・ 女 )

現住所：〒 \_\_\_\_\_

(マンション等は名称・号室まで記入)

自宅TEL \_\_\_\_\_

携帯TEL \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ 県

卒業養成校名 \_\_\_\_\_

免許取得年（西暦）： \_\_\_\_\_ 年 厚生労働省  
\_\_\_\_\_ 号  
免許番号

フリガナ

勤務先名 \_\_\_\_\_ TEL \_\_\_\_\_

勤務先所在地：〒 \_\_\_\_\_ FAX \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ 県

●郵送物の送付先： ( 勤務先 ・ 自宅 ) ○のない場合は勤務先に送付。

●会費の領収書が必要 : ( 有 ・ 無 ) 施設などに領収書を提出する必要がある方のみ、有に○印。

領収書の宛名： \_\_\_\_\_

【注意】会員の個人データは当士会の会員管理システムに永久保存され、退会されても抹消されませんので、あらかじめご了承下さい