

一般社団法人鹿児島県言語聴覚士会 休会解除届

_____年 _____月 _____日 をもって一般社団法人鹿児島県言語聴覚士会
の休会を解除致します。

施設名

氏 名

一般社団法人鹿児島県言語聴覚士会会長 殿

※ 休会時と所属が変更になっている場合は連絡先をご記入下さい(変更がない場合、記入は不要です)。

勤務先 (主たる勤務先)	フリガナ	
	施設名	
	所属部署	役職
	フリガナ	
	所在地	(〒 _____) 鹿児島県 _____ 郡・市
	TEL	_____ - _____ (内線)
	FAX	_____ - _____
	施設の 種類	1. 医療 2. 老健・特老 3. 福祉 4. 特殊教育 5. 養成校 6. 研究・教育機関 7. その他(_____)
	対象領域 (複数回答)	1. 小児言語・認知 2. 成人言語・認知 3. 聴覚 4. 発声・発語 5. 摂食・嚥下 6. その他(_____)
メール・アドレス	(自宅・勤務先)	

<休会解除にあたっての注意事項>

■ 休会を解除した年度より年会費を徴収致しますのでご了承ください。

会処理欄	受理日	
	承認日	