

埼玉県言語聴覚士会 賛助会員入会申込書

埼玉県言語聴覚士会の目的に賛同し、入会します

年 月 日

氏名（団体名）： 印

住所（発送物の送付先住所）：

連絡先：

電話番号：

E-mail：

年度会費 10,000 円

入会金 10,000 円

日付は西暦でご記入ください

氏名、住所は会員名簿などに記載されます。もし、名簿記載住所が、送付先住所と異なる場合は、その旨記して別に記載してください。

[名簿記載住所]

《送付先》

埼玉県言語聴覚士会事務局(圏央所沢病院内)

〒359-1106

埼玉県所沢市東狭山ヶ丘 4-2692-1

FAX 04-2920-0507