

入金確認	名簿入力
月 日	月 日

入 会 届

公益社団法人 茨城県作業療法士会
 会 長 大 場 耕 一 殿

申込日	年 月 日
フリガナ 氏 名	
所属施設名 (所属科名)	()
領 域	身体領域・精神領域・発達領域・老年領域・教育・その他
所属住所	〒
所属連絡先	電 話 () — (内線) F A X () —
自宅住所	〒
自宅連絡先	電 話 () — F A X () —
郵送物送付希望	所属先 ・ 自 宅 (原則は“所属先郵送”となります)
メール・アドレス	@
関連団体情報(注1)	(社)日本作業療法士協会 会員番号 _____
資格取得情報	<input type="checkbox"/> 新人教育プログラム終了 <input type="checkbox"/> 認定作業療法士 <input type="checkbox"/> 介護支援専門員 <input type="checkbox"/> 福祉用具プランナー <input type="checkbox"/> 福祉住環境コーディネイター (級) <input type="checkbox"/> その他 () *資格情報の公開を了解します (はい・いいえ)
振り込み日 (*)	年 月 日 (済 ・ 予定)

*入会にあたっては、「入金金」および「年会費」の納入が必要です。新規入会の方は口座振り込みにて行いますので、入会申し込み書送付から1週以内の振り込みをお願いいたします。

*2年目以降の年会費引き落としにはI-NET 貯金口座振替手続きが必要です。

*個人情報とは会員管理のみに使用し、管理には十分注意をいたします

*他県からの異動の方は異動届けをご利用下さい

*注1) 本会入会には日本作業療法士会への同時入会が必須となります