

埼玉県作業療法士会 入会申込書

記入日 年 月 日

フリガナ 氏名・性別				<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女
生年月日	(西暦)	年	月	日
(社)日本作業療法士協会	会員番号	※作業療法士免許番号ではありません		
免許取得年月日(西暦)	(西暦)	年	月	日
厚生労働省免許番号				
卒業養成校名				
現住所	〒 —			
電話		FAX		
メルマガ受信アドレス (個人アドレスに限ります)	@			
郵便物等の発送先	<input type="checkbox"/> 勤務先	<input type="checkbox"/> 自宅	<input checked="" type="checkbox"/> を付けてください	
フリガナ 勤務先名 (ない場合は「自宅」と記入)				
勤務先住所	〒 — 埼玉県 市・町・村			
勤務先電話				
勤務先FAX				
専門分野(主)	<input type="checkbox"/> 身体障害	<input type="checkbox"/> 精神障害	<input type="checkbox"/> 発達障害	<input type="checkbox"/> 老年期
専門分野(従)	<input type="checkbox"/> 身体障害	<input type="checkbox"/> 精神障害	<input type="checkbox"/> 発達障害	<input type="checkbox"/> 老年期
関連資格	<input type="checkbox"/> 介護支援専門員 <input type="checkbox"/> 理学療法士 <input type="checkbox"/> 言語聴覚士 <input type="checkbox"/> 社会福祉士 <input type="checkbox"/> 精神保健福祉士 <input type="checkbox"/> 介護福祉士 <input type="checkbox"/> その他()			
紹介者の情報(埼玉県作業療法士会 会員に限ります)	氏名	協会会員番号		

★該当する方に○を付けてください

1) お試し会員制度を利用しましたか？

はい・いいえ

2) 免許取得後1年以上経過していますか

はい・いいえ

記入に関する問い合わせは、MailかFAXでお願いします

〒350-0435 埼玉県入間郡毛呂山町下川原 912-5

一般社団法人 埼玉県作業療法士会 事務局

TEL/FAX: 049-294-9900 Mail: jimukyoku@ot-saitama.or.jp