|  |
| --- |
| 宛先：大分県言語聴覚士協会　介護保険部　麻生芙未映　宛  申し込み先　Mail：oitast.kaigohoken@gmail.com |

**※申し込みはメールでのみ受け付けます。**

**※申し込み締め切り：令和3年2月6日（土）**

**第55回大分県言語聴覚士研修会　参加申し込み用紙**

|  |  |
| --- | --- |
| 所属施設名 | 連絡先 |
|  | 住所：〒  電話番号：  メールアドレス： |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 氏名 | 経験年数 | 日本言語聴覚士協会  ☑してください | 大分県言語聴覚士協会  （令和2年度会費納入状況） |
| **Mail：** | 年目 | □会員　□非会員 | □会員　□非会員  □納入済　□未納 |
| **Mail：** | 年目 | □会員　□非会員 | □会員　□非会員  □納入済　□未納 |
| **Mail:** | 年目 | □会員　□非会員 | □会員　□非会員  □納入済　□未納 |
| **Mail：** | 年目 | □会員　□非会員 | □会員　□非会員  □納入済　□未納 |
| **Mail：** | 年目 | □会員　□非会員 | □会員　□非会員  □納入済　□未納 |
| **Mail：** | 年目 | □会員　□非会員 | □会員　□非会員  □納入済　□未納 |

※事前質問を受け付けております。質問のある方は申し込みメール本文内に簡潔にご記入下さい。