

公益社団法人大分県理学療法士協会 入会申込書

公益社団法人大分県理学療法士協会 会長 殿

私は、貴会の設立趣旨に賛同し、諸規定に従うことをお約束の上、入会を申し込みます。

申込年月日	西暦 年 月 日		
ふりがな 氏 名	⑩	性別	男・女
生年月日	西暦 年 月 日 (年齢;) 歳		
自宅住所	〒 —		
電話番号	— —		
入会区分	<input type="checkbox"/> 新入会 (免許取得年度_____年) <input type="checkbox"/> 県外異動転入		
所属区分	<input type="checkbox"/> 施設所属 (施設名;) <input type="checkbox"/> 自宅		

(備考)

個人情報取り扱いについて、個人情報の保護に関する法律（個人情報保護法）その他の関連法令を遵守し適切に取り扱うとともに、安全管理について適切な措置を講じます。

※ 事務処理欄（事務処理用のため記入しないで下さい）

受理年月日： 年 月 日			
会長	事務局長	財務部長	受理処理者