

## 埼玉県作業療法士会 入会申込書

フリガナ 氏名				(男・女)
生年月日(西暦)	19 年	月	日	
(社)日本作業療法士協会	会員番号	<small>※作業療法士免許番号ではありません</small>		
	入会年月	年	月	
現住所	〒 -			
電話			FAX	
作業療法士養成施設コード		養成校名		
免許取得年月日(西暦)	年			
厚生労働省免許番号				
フリガナ 勤務先名				
勤務先住所	〒 - 埼玉県 市・町・村			
勤務先電話				
勤務先FAX				
Mail 自宅・勤務先・携帯 (いずれかに○)	@			
I. 勤務条件	II. 主たる業務			
III. 開設者分類	IV. 領域			
V. 医療施設の認可分類	VI. 介護保険の指定サービス分類			
VII. その他の指定・認可分類	VIII. 専門分野 主 従			
IX. 対象疾患	主 従			
X. 関連資格				

※ 養成校コード及び I から X に関しては作業療法士協会の入会書に準じて番号を記入してください。

★該当する方に○を付けてください

1) 郵便物等の発送先

勤務先・自宅

2) お試し会員制度を利用しましたか？

はい・いいえ

3) 免許取得後 1 年以上経過していますか

はい・いいえ

★3) の回答が「はい」の方で、当士会入会に当たっての紹介者※がいる場合は記載してください

紹介者氏名		紹介者 OT 協会番号	
紹介者所属			
紹介者への特典送付先住所	〒 -		

※紹介者は埼玉県作業療法士会会員に限ります

**記入に関する問い合わせは、Mail か FAX でお願ひします**

〒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