

届到着日	受理日	受理文書発送	理事会承認	備考

公益社団法人 新潟県作業療法士会 会長 殿

私は、(西暦) \_\_\_\_\_ 年度より、(公社)新潟県作業療法士会の学生会員として入会  
したく、申し込みます。

西暦 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日

## (公社) 新潟県作業療法士会 学生会員 入会届

氏名	ふりがな		男 / 女	
生年月日	西暦 _____ 年 _____ 月 _____ 日			
所属 養成校	養成校名			
	学年	_____ 年 (西暦 _____ 年 3 月卒業見込み)		
自宅	住所	〒 _____		
	電話番号	_____	携帯番号	_____
メールアドレス	※送受信が可能なメールアドレスをご記入ください。			

申請の際には、県内作業療法士養成校の「学生証」の写し(コピー)を添付し、事務局に  
郵送してください。

郵送先：〒950-0872 新潟市東区牡丹山 3-1-11 三森ビル 301

公益社団法人 新潟県作業療法士会 事務局宛