**一般社団法人静岡県言語聴覚士会　賛助会員入会申込書**

[会員番号　　　　　　　]　　　　　　　　　　　　　　記入日　西暦　　　　年　　　月　　　日

|  |
| --- |
| フリガナ　　　　　　　　　　　　　　　　　男　・　女氏名　　　　　　　　　　　　　　　　　　　生年月日　西暦　　　　年　　　月　　　日 |
|
|
| 言語聴覚士養成校と専攻　　　　　　　　西暦　　　　年　　　月　　　日　卒業　・　卒業見込 養成校:　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　専攻: |
| 言語聴覚士免許 | 登録番号　第　　　　　号 | 取得年月日　西暦　　　　年　　　月　　　日 |
| 日本言語聴覚士協会 | 会員　[番号　　　　　　　　　]　・　申請中　・　非会員 |
| 自宅 | 〒　　　住所 |
| 固定電話 |  | FAX |  |
| 携帯電話 |  |
| 情報受信mail |  |
| 勤務先①  | 施設名：所属部署： |
| 所在地 | 〒　　 TEL：　　　　　　　　　　FAX：　　　　　　　　　　　　 |
| 勤務形態 | 　　常勤　・　非常勤 |
| 地域 | 　東部　　中部　　西部　　その他 |
| 領域 | ここに下記の分類から選んで入力 |
| 医療　　老健　　福祉　　学校教育　　養成校　　研究機関　　その他 |
| 専門(複数可) | ここに下記の分類から選んで入力 |
| 小児言語・認知　　成人言語・認知　　聴覚　　発声・発語　　摂食・嚥下　　その他(　) |
| 勤務先② | 施設名：所属部署：  |
| 所在地 | 〒　　　TEL：　　　　　　　　　　　　FAX：　　　　　　　　　　 |
| 勤務形態 | 　　常勤　・　非常勤 |
| 地域 | 東 ・ 中 ・ 西　　他 | 領域 | 上記の分類から選んで入力 |
| 専門 | 上記の分類から選んで入力 |
| 個人情報の取り扱いについて ※裏面を読んで、□に必ずチェックをいれてください。□裏面の「個人情報の取り扱いについて」を確認し、個人情報の提供・利用等について同意しました。 |

**■情報受信mail欄には、必ず、添付資料(PDF等)が閲覧できる自宅・携帯・職場いずれかの　電子メールアドレスを登録してください。**

**■郵便物は勤務先にお送りします。勤務先のない場合のみ自宅に郵送します。**

**■申し込み：メール添付で一般社団法人静岡県言語聴覚士会事務局に送信してください。**

**shizuoka.st.kenshikai@gmail.com**

**浜松リハビリテーション病院内 　　一般社団法人静岡県言語聴覚士会事務局　個人情報の取り扱いについて**

一般社団法人静岡県言語聴覚士会（以下「当士会」）は、個人情報を適正に取扱い、その保護を図ることが重要な社会的責務であると考えております。その責務を果たすため、以下の基本方針に基づき 厳正な取り扱いを行ってまいります。

１．法令の遵守

当士会は、個人情報の取扱いについて定められた法令、関係省庁のガイドライン、士会内規程を遵守し、継続的にその改善に努めます。

２．取得・利用

当士会は、申込書等の書面などの方法で、個人情報を適正な手段により取得いたします。取得した個人情報は、ご本人の同意を得た場合および法令により認められた場合を除き、定款第3条に掲げる目的の達成に必要な範囲以外では利用いたしません。

３．情報の管理

当士会は、個人情報の漏洩・紛失・改ざん・不正利用を防止するために、法令・指針に従って必要な措置を講じ、個人情報を適切に管理します。

４．第三者への提供

当士会は、法令・指針により、第三者への提供が認められている場合及び委託など第三者に該当しないとされている場合を除き、ご本人の同意を得ることなく、個人情報を第三者に提供いたしません。また、委託先等に提供する場合には、個人情報の管理に関して必要な水準を満たすものを選定し、個人情報保護に関する取り決めを行うとともに適切に監督いたします。

５．開示・訂正等

ご本人が、個人情報の開示・訂正を希望される場合、当士会は、ご本人であることを確認した上で、法令・指針等に基づく合理的な範囲において、速やかに対応するよう努めます。

運用開始：令和3年7月1日