|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **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** |  |

※申請の際には、県内作業療法士養成校の学生証の写しを添付し、事務局に郵送してください。