

# WFOT個人会員申込書

一般社団法人 日本作業療法士協会  
事務局 長 殿

私は、WFOT個人会員になりたいので、登録を委託いたします。

年 月 日

会員番号

氏 名 (印)

氏 名 ローマ字表記

住所：〒

勤務先：

電話：

勤務先所在地：〒

免許取得日

卒業校名

卒業年月日

年 月 日

年 月 日

※ WFOT 会費は WFOT 入会年度の協会費と一緒に請求いたします。金額はレートを考慮し入会年度前年の 12 月に確定します。

※ 入会申し込み受付は入会年度前年の 11 月末日までとなります。