

成人発達障害支援研究会

入会のご案内

平素は、成人発達障害支援研究会の活動にご協力を賜り、厚く御礼申し上げます。

ご賛同頂けます方は、会則をお読みにになり、入会申込書を成人発達障害支援研究会事務局に FAX、またはメールにてお申し込み頂けますと幸いです。

ご不明な点は事務局までお問い合わせください。

また、所属先等の変更があった際は、ご連絡頂けますようお願い申し上げます。

年会費・入会費：無料

※今後、活動状況の発展によっては会費を頂く場合がございます。その際は、事前にご連絡を致しますので、入会を継続されるか、再度ご検討をお願いいたします。

【成人発達障害支援研究会事務局】

昭和大学発達障害医療研究所

〒157-8577

東京都世田谷区北烏山 6-11-11

FAX 03-5315-9358

E-Mail adult.asd.2013@gmail.com



FAX 送付先 : 03-5315-9358

成人発達障害支援研究会入会申込書 (新規・変更)

※変更の方は氏名と変更事項のみご記載ください。

申請日 年 月 日	
フリガナ (男・女)	
氏名	
生年月日 年 月 日	
連絡先 : 自宅 ・ 勤務先 郵便送付先 : 自宅 ・ 勤務先	
自宅	住所 〒 TEL FAX E-Mail
勤務先	名称 「名簿記載 可・否」 住所 〒 「名簿記載 可・否」 TEL 「名簿記載 可・否」 FAX 「名簿記載 可・否」 E-Mail 「名簿記載 可・否」
勤務先 種別	1) 病院 2) 診療所 3) デイケア 4) 精神保健福祉センター 5) 発達障害支援センター 6) 保健所 7) 公共職業安定所 8) 障害者就業・生活支援センター 9) 障害者就労支援関係事業所 10) 地域活動支援センター 11) 居住支援 (生活訓練施設、福祉ホーム、ケアハウス、グループホーム) 12) 教育・研究機関 13) 司法機関 14) その他 ()
職種	1) 精神科医 2) 他科の医師 3) 看護師 4) 保健師 5) 障害者職業カウンセラー 6) 作業療法士 7) 臨床心理士 8) 精神保健福祉士 9) 社会福祉士 10) MSW 11) その他 ()

名簿作成にあたっての記載可否明示して下さい。