

会員 No. (岐阜・西濃・中濃・東濃・飛騨・愛知・三重・その他)		新規入会者 写真添付
フリガナ 氏名 生年月日(西暦) 19 年 月 日		
住所 〒		
TEL	FAX	
携帯番号	E-mail	
<p>●岐阜県音楽療法士 GMT (期)</p> <p>●日本音楽療法学会認定音楽療法士 (西暦 年) 認定・最終更新日 (西暦 年)</p> <p>●大垣女子短大二種音楽療法士() 職業実践力育成プログラム履修()</p> <p>●そのほかの機関での認定：詳細をお書きください ()</p> <p>※GMT 以外の資格については認定証のコピー添付をお願いいたします</p>		
<p>♪仕事幹旋について該当の欄に○をご記入ください () 積極的に希望する () できればやりたい () 引き受けは困難</p> <p>♪幹旋を希望される方は、下記にもご記入ください (複数回答可) () メイン () 伴奏 () アシスタント 得意分野 ()</p>		
♪現在の活動 (施設名は差し支えない範囲でご記入ください)		
高齢分野	<input type="checkbox"/> デイサービス <input type="checkbox"/> デイケア <input type="checkbox"/> 特別養護老人ホーム <input type="checkbox"/> 老人保健施設 <input type="checkbox"/> グループホーム <input type="checkbox"/> 介護予防 <input type="checkbox"/> その他 ()	
施設名		
成人分野	<input type="checkbox"/> 知的障がい施設 <input type="checkbox"/> 精神障がい施設 <input type="checkbox"/> 身体障がい施設 <input type="checkbox"/> メンタルヘルス <input type="checkbox"/> その他 ()	
施設名		
児童分野	<input type="checkbox"/> 特別支援学校・学級 <input type="checkbox"/> 療育施設 <input type="checkbox"/> 子育て支援 <input type="checkbox"/> 自主グループ <input type="checkbox"/> その他 ()	
施設名		
その他		
♪自己 PR (可能な範囲で結構ですのでご記入ください)		
専攻科目・職歴・取得資格・得意な演奏楽器・音楽活動・音楽以外の特技・習得技術など		

※登録票は個人情報として厳重に管理し、協会活動以外での使用は一切いたしません。

※変更事項がありましたら再提出をお願いいたします。