

**公益社団法人 日本視能訓練士協会  
入会申込書**

※別紙の個人情報保護方針に同意 する ・ しない

(必須)氏名(漢字)	姓	名
(必須)氏名(フリガナ)	セイ	メイ
(必須)氏名(ローマ字)	Sei	Mei
生年月日	西暦 年 月 日	性別 男 ・ 女
免許番号	第 号	
国家試験合格年	西暦 年 第 回 合格	
卒業校 (視能訓練士養成校)	卒業	
学位(無・有いずれかに ○を付けてください。学位有の場合は学位名を 記入)	学位無	
	学位有	<p style="text-align: center;">_____ 準学士・学士・修士・博士</p> <p>学位記を記入≪(例)眼科学・視能矯正学・感覚矯正学など≫し、該当する学位に丸を付けてください</p>
視能訓練士以外の 資格(無・有いずれかに ○を付けてください。有 りの場合は該当するも のに○または記入)	無・有	<p>看護師・教員・養護教員・保育士(含む幼稚園教諭)</p> <p>介護系資格(具体的に) _____</p> <p>その他 _____</p>

## 誓約書

公益社団法人 日本視能訓練士協会 会長殿

私は、日本視能訓練士協会に入会するにあたり、以下の項目を誓います。

1. 協会定款第3条に謳う目的に賛同します。
2. 本協会の定款・諸規定を遵守します。
3. 本協会の名誉・信用を害する行為は行いません。
4. 協会の名称、協会役員等を私利に用いません。

20 年 月 日

氏名

印

\*裏面へ続

く

## 正会員カード

※大学院生の場合は大学院通学中を選択し大学院名を入力してください

(必須・名簿掲載に必要です。必ず記入してください) 会員名簿に勤務先情報を掲載 する ・ しない	
(必須)勤務先名	
勤務先名(フリガナ)	
所属部署	
(必須)勤務先住所	〒 都道府県 市区郡 ビル名等
(必須)勤務先電話番号	— —
勤務先FAX番号	— —
(必須)勤務先区分 (別紙参照)	1・2・3・4・5・6・7・8・9・10・11・ 12その他( ) いずれかの番号を選択してください。その他の場合は具体的に記入
(必須)勤務形態	常勤・非常勤・パートタイム・その他( ) いずれかを選択してください。その他の場合は具体的に記入

<input type="checkbox"/>	勤務していない	<input type="checkbox"/>	大学院通学中	大学院名
--------------------------	---------	--------------------------	--------	------

(必須・名簿掲載に必要です。必ず記入してください) 会員名簿に自宅情報を掲載 する ・ しない	
(必須)自宅住所	〒 都道府県 市区郡 マンション名等
(必須)自宅電話番号	— —
(必須)日中連絡先	— —
(必須) E-mail	
(必須)郵送物の送付先	自宅 ・ 勤務先

## 誓約書

公益社団法人 日本視能訓練士協会  
会長 殿

私は、日本視能訓練士協会に入会するにあたり以下の項目を誓います。

1. 本協会定款第3条に謳う目的に賛同します。
2. 本協会の定款・諸規定を遵守します。
3. 本協会の名誉・信用を害する行為は行いません。
4. 協会の名称、協会役員等を私利に用いません。

20 年 月 日

氏名

印

第1号様式—4

(再入会申請書様式)

再入会申請書

公益社団法人 日本視能訓練士協会  
会長 殿

所 属  
住 所

氏 名

印

私こと 〃 は、この度下記理由により

貴会へ再入会したいので、申請いたします。

再入会理由：

なお、今回の再入会申請については定款第6条第1項に謳われている理事会の決定に従い、異議申し立てはいたしません。

## 賛助会員（法人）入会申込書

公益社団法人 日本視能訓練士協会

会長 殿

この度、貴会に賛助会員として入会したくここに申し込みます

20 年 月

日

ふりがな			
法人名			
代表者氏名	㊟	役職	
所在地	〒	TEL	( )
		FAX	( )
		URL	
		E-mail	
ふりがな			役職
担当者名			
担当者連絡先	〒	所在地と異なる場合のみご記入下さい	
		TEL	( ) 内線
		FAX	( )
		E-mail	
法人資料	無 有 (内容 :	合計	部)
紹介者氏名	※紹介者がいない場合は空欄可 ㊟ ( <input type="checkbox"/> 役員・ <input type="checkbox"/> 正会員 会員番号 )		
入会の動機・経緯 (複数回答可)	<input type="checkbox"/> 会員特典が良い <input type="checkbox"/> 情報源として <input type="checkbox"/> 紹介・勧誘 <input type="checkbox"/> その他 ( )		

事務局記入欄 (記入しないで下さい)

申込書受取日	20 年 月 日	処理欄	
--------	----------	-----	--

# 賛助会員（個人）入会申込書

公益社団法人 日本視能訓練士協会  
会長 殿

この度、公益社団法人日本視能訓練士協会に賛助会員として入会したく申し込みます

入会申込日： 20 年 月 日	種別： <input type="checkbox"/> 医師 <input type="checkbox"/> その他の職種
-----------------	--

ふりがな			生年月日	性別
氏名	①		19 年 月 日	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女
所属勤務先	名称（部課まで詳しくご記入下さい）		役職	
	所在地 〒	TEL ( )		
		FAX ( )		
		URL		
E-mail				
自宅	〒		TEL ( )	
			FAX ( )	
			E-mail	
送付先	協会刊行物等の送付先をご記入下さい <input type="checkbox"/> 勤務先 <input type="checkbox"/> 自宅 <input type="checkbox"/> その他（〒 )			

医師の方へ（差し支えなければご記入下さい）

日眼専門医認定番号	専門分野
-----------	------

医師以外の方は正会員3名の推薦が必要です。推薦者の署名・捺印をお願い致します

協会役員	印（会員番号）	/	
正会員	印（会員番号）		

事務局記入欄（記入しないで下さい）

申込書受取日	20 年 月 日	処理欄	
--------	----------	-----	--

公益社団法人 日本視能訓練士協会  
正会員変更届(表)

◎変更箇所だけではなく全ての欄を記入してください。

(必須)会員番号		改姓の場合は旧姓		
(必須)氏名(漢字)	姓	名		
(必須)氏名(カタカナ)	セイ	メイ		
(必須)氏名(ローマ字)	Sei	Mei		
生年月日	西暦	年	月	日
		性別	男・女	
免許番号	第	号		
国家試験合格年	西暦	年	第	回 合格
卒業校 (視能訓練士養成校)	卒業			
学位(無・有いずれかに○を付けてください 学位有の場合は学位名を記入)	無	<div style="border: 1px solid black; height: 20px; width: 100%;"></div>		
	有			
視能訓練士以外の資格(無・有いずれかに○を付けてください。有りの場合は該当するものに○または記入)	無・有	看護師・教員・養護教員・保育士(含む幼稚園の先生) 介護系資格(具体的に) _____ その他 _____		

### 正会員変更届(裏)

◎大学院生の場合は大学院通学中を選択し大学院名を記入してください

(必須・名簿掲載に必要です。必ず記入してください) 会員名簿に勤務先情報を掲載 する ・ しない	
(必須)勤務先名	
勤務先名(フリガナ)	
所属部署	
(必須)勤務先住所	〒 都道府県 市区郡 ビル名等
(必須)勤務先電話番号	— —
勤務先FAX番号	— —
(必須) E-mail	
(必須)勤務先区分 (別紙参照)	1・2・3・4・5・6・7・8・9・10・11・ 12その他( ) いずれかの番号を選択してください。その他の場合は具体的に記入
(必須)勤務形態	常勤・非常勤・パートタイム・その他( ) いずれかを選択してください。その他の場合は具体的に記入

<input type="checkbox"/> 現在勤務していない	<input type="checkbox"/> 大学院通学中	大学院名
------------------------------------	---------------------------------	------

(必須・名簿掲載に必要です。必ず記入してください) 会員名簿に自宅情報を掲載 する ・ しない	
(必須)自宅住所	〒 都道府県 市区郡 マンション名等
(必須)自宅電話番号	— —
(必須)日中連絡先	— —
(必須)郵送物の送付先	自宅 ・ 勤務先



## 退 会 届

公益社団法人 日本視能訓練士協会  
会 長 殿

私はこの度、下記理由により退会致します。会員証は下記の通りにいたします  
(どちらかに✓を付けて下さい) ので、退会処理をお願いいたします。

- この退会届に同封し返却いたします
- 紛失し返却できませんので紛失届を提出いたします

記

理 由

年 月 日

会員番号

自宅住所

氏 名

~~~~~事務連絡 (どちらかに✓をつけてください) ~~~~~  
~

退会時期について

(✓がない場合は、退会届が届きしだい退会の手続きをいたします)

- 退会届が届きしだい退会
- 
- 年度末をもって退会 (年会費が納入されている場合に限る)

## 会員証紛失届

公益社団法人 日本視能訓練士協会  
会 長 殿

私はこの度、別紙退会届を提出し退会致しますが、会員証を紛失し返却できませんので、会員証紛失届を退会届と一緒に提出いたします。

ご査収くださいますようお願い申し上げます。

年 月 日

会員番号

自宅住所

氏 名

印

(退会届様式)

退 会 届 (賛助会員法人用)

公益社団法人 日本視能訓練士協会  
会長 殿

法人名  
住 所

代表者

印

私こと はこの度

により退会致したいので お届致します

第5号様式—2

(退会届様式)

退 会 届 (賛助会員個人用)

公益社団法人 日本視能訓練士協会  
会長 殿

所 属  
住 所

氏 名

印

私こと

はこの度

により退会致したいので お届致します

理事選挙立候補届

|                |               |    |    |
|----------------|---------------|----|----|
| フリガナ<br>立候補者氏名 | (会員番号 )       | 性別 | 男女 |
| 住所(自宅)         | 〒             |    |    |
| 勤務先施設名         |               |    |    |
| 勤務先所在地         | 〒             |    |    |
| 生年月日           | 西暦 年 月 日 ( 歳) |    |    |

上のおり理事に立候補の届出をします。

年 月 日

氏名

印

年 月 日

推薦届出者(現職理事) 住所

氏名

印

推薦届出者 住所

氏名

印

推薦届出者 住所

氏名

印

公益社団法人 日本視能訓練士協会役員選挙管理委員会

委員長

殿

候補者略歴

氏名 (会員番号)

(会員番号 : )

学 歴: 年 養成校 (大学/大学院を含む) 卒業

特 例

免 許: 年 視能訓練士免許取得 免許番号:

職 歴: 現職以前に1年以上勤務したところを記入

勤務先名称

年～ 年

年～ 年

年～ 年

現 職: 年～ 現 在

以上

理事選挙候補者推薦届

|              |               |  |        |        |
|--------------|---------------|--|--------|--------|
| ㊦がナ<br>候補者氏名 | (会員番号 )       |  | 性<br>別 | 男<br>女 |
| 住 所 (自宅)     | 〒             |  |        |        |
| 勤 務 先 施 設 名  |               |  |        |        |
| 勤 務 先 所 在 地  | 〒             |  |        |        |
| 生 年 月 日      | 西暦 年 月 日 ( 歳) |  |        |        |

公益社団法人 日本視能訓練士協会役員選挙管理委員会

委員長 殿

上のお通り理事に推薦届出をします。

年 月 日

推薦届出者 (現職理事) 住所

氏名 印

推薦届出者 住所

氏名 印

推薦届出者 住所

氏名 印

推薦届出者 住所

氏名 印

推薦届出者 住所

氏名 印

候補者推薦承諾書

第 期選挙管理委員長  
殿

私は、 年 月 日執行の第 期役員選挙における候補者となる事を承諾  
します。

年 月 日

住 所

氏 名

印

推薦届出者代表

\_\_\_\_\_  
殿



候補者略歴

氏名 (会員番号)

(会員番号 : )

学 歴: 年 養成校 (大学/大学院を含む) 卒業

特 例

免 許: 年 視能訓練士免許取得 免許番号:

職 歴: 現職以前に1年以上勤務したところを記入

勤務先名称

年～ 年

年～ 年

年～ 年

現 職: 年～ 現 在

以上

# 理事会推薦候補者届

第 期選挙管理委員長  
殿

公益社団法人日本視能訓練士協会第 期理事会は20 年度に行われる第 期役員選挙において下記の会員を理事会推薦候補者として推薦いたします。

20 年 月 日

公益社団法人 日本視能訓練士協会  
会長

| フリガナ<br>候補者氏名 | (会員番号 )       | 性<br>別 | 男<br>女 |
|---------------|---------------|--------|--------|
| 住 所 (自宅)      | 〒             |        |        |
| 勤務先施設名        |               |        |        |
| 勤務先所在地        | 〒             |        |        |
| 生 年 月 日       | 西暦 年 月 日 ( 歳) |        |        |

## 理事会推薦候補者承諾書

日本視能訓練士協会  
会長 殿

私は20 年度に行われる公益社団法人日本視能訓練士協会第 期役員選挙における理事会推薦候補者となることを承諾します

20 年 月 日

住 所：

---

氏 名：

印

---

共催 後援 協賛 名義使用承認申請書

20 年 月 日

公益社団法人 日本視能訓練士協会 殿

申請者 住所  
電話  
団体名

代表者職氏名

印

このたび、下記行事を開催するにあたり、公益社団法人日本視能訓練士協会の後援名義の使用承認について、関係書類を添えて申請します。

記

- 1 事業名
- 2 目的・趣旨
- 3 開催日（期間）
- 4 開催地
- 5 参加対象
- 6 主催者（他の共催者）
- 7 後援（団体）者（依頼中も含む）
- 8 主催者の基礎を明確にできるもの
- 9 実施される事業内容，資料（プログラム，チラシ，ポスター等）添付のこと



