

# 日本吃音・流暢性障害学会のご案内

日本吃音・流暢性障害学会は、吃音及び流暢性障害（クラッタリングなど）の研究の発展と、これらの障害の研究や医療・福祉・セルフグループ活動などに関わる者同士の相互交流を図ることを目的とした学会です。

## 学会の概要

### 目的

- ・ 吃音およびその他の流暢性障害に関する研究を通じて、臨床の進歩・発展を図り、吃音・流暢性障害のある人々のQOLの向上を目指す。

### 事業

1. 吃音およびその他の流暢性障害に関する学術集会の開催
2. 吃音およびその他の流暢性障害の原因、要因、アセスメント、および臨床についての研究、調査、および知識の普及
3. 国内外の吃音およびその他の流暢性障害関連団体相互の連携の促進
4. 機関誌の発行
5. その他、前条の目的達成のために必要な事業

### 会員と会費

- ・ 一般会員 5,000 円
- ・ 学生会員 2,000 円
- ・ 賛助会員（1口） 5,000 円

### 学会事務局

- ・ 金沢大学人間社会研究域学校教育系 特別支援教育専修
  - 〒920-1192 石川県金沢市角間町
  - TEL. 076-264-5513
  - FAX. 076-264-5510
  - E-mail office@jssfd.org

### 学会ホームページ

- ・ <http://www.jssfd.org>

# 正会員・学生会員の入会手続き

## 正会員・学生会員の種別

正会員	<ul style="list-style-type: none"> <li>● 本会の目的に賛同する個人</li> <li>● 学術集会などに参加する資格を有し、機関誌その他配布を受け、これに投稿することができる</li> <li>● 総会の決議に参加する資格を有する</li> </ul>
学生会員	<ul style="list-style-type: none"> <li>● 本会の目的に賛同する学生個人</li> <li>● 満18歳以上で大学、大学院、専修学校、各種学校に在籍</li> <li>● 学術集会などに参加する資格を有し、機関誌その他配布を受け、これに投稿することができる</li> <li>● 総会の決議に参加する資格を有さない</li> </ul>

## 入会手続き

正会員、学生会員として本会への入会をご希望される方の手続きは、以下の通りとなります。なお、入会手続き完了までは1~2ヶ月かかる場合があります。あらかじめ、ご理解の程、お願いいたします。

- (1) 学会事務局に入会に必要な書類を送付（原則電子メールでご送付下さい。電子メールでの送付が出来ない場合は、Fax、郵送で送付下さい）

### 入会に必要な書類

正会員	● 入会申込書（この書類の3ページ）
学生会員	<ul style="list-style-type: none"> <li>● 入会申込書（この書類の3ページ）</li> <li>● 在籍する学校の学生証のコピー（携帯電話のカメラ等で撮影したもの可）</li> </ul>

### 送付先

メール	office@jssfd.org
Fax	076-264-5510
郵送	〒920-1192 石川県金沢市角間町金沢大学人間社会研究域学校教育系特別支援教育専修 日本吃音・流暢性障害学会事務局

↓

- (2) 理事会での入会審査終了後、学会事務局より年会費支払いのご案内の郵送

↓

- (3) 年会費のお支払い

年会費金額

正会員 5,000円	学生会員 2,000円
------------	-------------

支払い方法

郵便振替口座	年会費支払いのご案内に同封の払込通知書にてお振込下さい。
銀行口座	以下の口座にお振込下さい。 ゆうちょ銀行 ○七九（ゼロナナキュウ）店 口座種別 当座 口座番号 0069275 口座名義 日本吃音・流暢性障害学会（ニホンキツオンリユウチヨウセイシヨウガイガツカイ）

※ 誠に恐れ入りますが、振込手数料は自己負担でお願いいたします。

※ 振込先の口座番号を間違わずにご記入いただくようお願いいたします。

※ 郵便振替時に郵便局から発行される「振替払込請求書兼受領証」、もしくは銀行振込の際に銀行から発行される振込金受領証をもって年会費の領収書とさせていただきます。別途本会会長名での領収書をご希望の方はお手数ですが、学会事務局にお問い合わせ下さい。

↓

- (4) 学会事務局より年会費受領と会員番号のお知らせの郵送

## 日本吃音・流暢性障害学会入会申込書（正会員・学生会員用）

太枠の中をご記入下さい（\* は必須事項）。「情報公開の可否」は、今後整備する予定の会員内ネットワークへの情報公開の可否をお尋ねするものです。非公開を希望される方は、（ ）に「○」を入れて下さい。情報公開の可否にかかわらず、賛助会員やその他外部団体などに公開されることはありません。また、情報公開の可否の設定は、学会事務局にお申し出いただければ、いつでも変更することが出来ます。

※ 学会事務局では、各種情報や会報等の発送のために、お名前やメールアドレス、ご住所などの情報を利用します。あらかじめご了承ください

		情報公開の可否 *
1. 氏名 *	フリガナ ----- -----	( ) 非公開
2. 会員種別 *	( ) 正会員、 ( ) 学生会員	( ) 非公開
3. 所属 *		( ) 非公開
4. 電子メールアドレス *	@	( ) 非公開
5. 会員間メーリングリストへの登録	( ) 登録する →登録する電子メールアドレス ( ) 4. と同じ ( ) 別に設定 ( @ ) ( ) 登録しない ※ メーリングリストに投稿すると、上記の電子メールアドレスが「差出人」に表示されます。電子メールアドレスの本会会員への公開をご希望されない方は、お気を付け下さい。	
6. 住所 *	下記住所は、< ( ) 自宅、( ) 職場 > 〒 - 都・道・府・県 ----- 市・町・村 ----- -----	( ) 非公開
7. 電話番号 *	下記電話は、< ( ) 自宅、( ) 職場 > -----	( ) 非公開
8. Fax 番号	下記Fax は、< ( ) 自宅、( ) 職場 > -----	( ) 非公開
9. 携帯電話番号		( ) 非公開
10. 吃音との関わり (あてはまるもの全てに「○」をご記入下さい)	( ) 1. 研究者、( ) 2. 言語聴覚士、 ( ) 3. ことばの教室担当教員、( ) 4. 医師、 ( ) 5. 歯科医、( ) 6. 臨床心理士、 ( ) 7. 学校教員（ことばの教室担当以外）、 ( ) 8. 幼稚園教員・保育士、 ( ) 9. 吃音当事者、 ( ) 10. 吃音当事者の家族、 ( ) 11. 吃音のセルフヘルプグループ（言友会など）会員、 ( ) 12. その他 ( ) ( )	非公開項目 (番号を記入)  ( )
11. 取得学位 ※ 学会誌査読者を依頼する際の資料として利用します。	( ) 1. 修士 (学位の種別* ) ( ) 2. 博士 (学位の種別* ) * 学位の種別は、教育学修士、医学博士、博士（心理学）等とご記入下さい。	( ) 非公開

## 記入例 日本吃音・流暢性障害学会入会申込書（正会員・学生会員用）

太枠の中をご記入下さい（\* は必須事項）。「情報公開の可否」は、今後整備する予定の会員内ネットワークへの情報公開の可否をお尋ねするものです。非公開を希望される方は、（ ）に「○」を入れて下さい。情報公開の可否にかかわらず、賛助会員やその他外部団体などに公開されることはありません。また、情報公開の可否の設定は、学会事務局にお申し出いただければ、いつでも変更することが出来ます。

※ 学会事務局では、各種情報や会報等の発送のために、お名前やメールアドレス、ご住所などの情報を利用します。あらかじめご了承ください

		情報公開の可否 *
1. 氏名 *	フリガナ いしかわ はなこ ----- 石川 花子	( ) 非公開
2. 会員種別 *	( <input type="radio"/> ) 正会員、 ( ) 学生会員	( ) 非公開
3. 所属 *	兼六園病院リハビリテーション科	( ) 非公開
4. 電子メールアドレス *	hanako@abcde. fg	( ) 非公開
5. 会員間メーリングリストへの登録	( <input type="radio"/> ) 登録する →登録する電子メールアドレス ( <input type="radio"/> ) 4. と同じ ( ) 別に設定 (                      @                      ) ( ) 登録しない ※ メーリングリストに投稿すると、上記の電子メールアドレスが「差出人」に表示されます。電子メールアドレスの本会会員への公開をご希望されない方は、お気を付け下さい。	
5. 住所 *	下記住所は、< ( <input type="radio"/> ) 自宅、 ( ) 職場 > 〒999-9999                      石川    都・道・府・ <input type="checkbox"/> 県 ----- 金沢 <input type="checkbox"/> 市・町・村    ○○町 1-2-3 ----- ○○マンション 203 (確実に郵便物が届くよう建物名などもご記載下さい)	( ) 非公開
6. 電話番号 *	下記電話は、< ( <input type="radio"/> ) 自宅、 ( ) 職場 > 012-345-6789	( ) 非公開
7. Fax 番号	下記Fax は、< ( <input type="radio"/> ) 自宅、 ( ) 職場 > 012-345-6789	( ) 非公開
8. 携帯電話番号	012-345-6789	( ) 非公開
9. 吃音との関わり (あてはまるもの全てに「○」をご記入下さい)	( <input type="radio"/> ) 1. 研究者、 ( <input type="radio"/> ) 2. 言語聴覚士、 ( ) 3. ことばの教室担当教員、 ( ) 4. 医師、 ( ) 5. 歯科医、 ( ) 6. 臨床心理士、 ( ) 7. 学校教員 (ことばの教室担当以外)、 ( ) 8. 幼稚園教員・保育士、 ( <input type="radio"/> ) 9. 吃音当事者、 ( ) 10. 吃音当事者の家族、 ( ) 11. 吃音のセルフヘルプグループ (言友会など) 会員、 ( ) 12. その他 ( ) (                      )	非公開項目 (番号を記入)  (                      )
11. 取得学位 ※ 学会誌査読者を依頼する際の資料として利用します。	( <input type="radio"/> ) 1. 修士 (学位の種別*    教育学修士 ) ( <input type="radio"/> ) 2. 博士 (学位の種別*    博士 (学術) ) *学位の種別は、教育学修士、医学博士、博士 (心理学) 等とご記入下さい。	( ) 非公開