

茨城県総合リハビリテーションケア学会申込書(個人会員用)

正会員は個人でのみ登録可能です。

	受理日	年 月 日	入会日	年 月 日
会員種類	1. 正会員 2. 学生会員 (該当箇所に○印を付してください)			
氏名又名	フリガナ			性別
			男 ・ 女	
生年月日	明 ・ 大 ・ 昭		年	月
				日 (歳)
現住所	〒 -			
			TEL	()
			FAX	()
			E-mail	
勤務先又は学校名				
勤務先又は学校所在地	〒 -			
			TEL	()
			FAX	()
			E-mail	
職種				
専門領域				
加入している組織・団体・学会など				
郵便物送付先	1. 勤務先		2. 自宅	

上記のとおり入会を申し込みます。

年 月 日

氏名又は団体名

印

以下は会員に記入を依頼してください。

上記の者を本会会員に推薦いたします。

勤務先	
会員氏名	印

入会金 3,000 円 年会費 4,000 円

学生(大学院生を含む)会員はそれぞれ半額。

上記をご記入の上、**FAX**にて下記まで送信ください。

【送信先】

茨城県総合リハビリテーションケア学会事務局

FAX 029-353-8475