

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)

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 3.賛助会員(該当箇所には○を付してください)			
氏名	フリガナ			性別
				男 ・ 女
生年月日	昭・平	年	月	日 (歳)
現住所	〒 -			
	TEL ()			
	FAX ()			
	EMAIL			
勤務先又は学校名				
勤務先又は学校名所在地	〒 -			
	TEL ()			
	FAX ()			
	EMAIL			
職種				
専門領域				
加入している組織・団体・学会など				
郵送物送付先	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 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