

茨城県総合リハビリテーションケア学会申込書(団体会員用)

	受理日	年 月 日	入会日	年 月 日
代表者氏名	フリガナ			
施設名	フリガナ			
所在地・連絡先	〒			
		TEL ()		
		FAX ()		
		EMAIL		

上記の通り入会を申し込みます。

年 月 日

施設名

代表者名

印

以下は本会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

尚、推薦人にお心当たりのない場合は空欄で構いません。

入会金 10,000 円 年会費 10,000 円

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