

茨城県総合リハビリテーションケア学会申込書(個人・賛助会員)

	受理日	年	月	日
会員種類	1.正会員 2.賛助会員 (該当箇所に○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				
勤務先所在地	〒 -			
	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。

年会費 個人会員:2,000 円

賛助会員:一口 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