

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
代表者氏名	フリガナ				
施設名	フリガナ				
会員区分	団体会員 A (職能団体) ・ 団体会員 B(施設団体)				
所在地・連絡先	〒				
	TEL ()				
	FAX ()				
	EMAIL				

※

団体会員 A(職能団体):リハビリテーションケアに関連する団体

団体会員 B(施設団体):病院、診療所、薬局、介護施設、障害者施設、教育機関、訪問看護ステーション、
居宅介護支援事業所、保健所、保健センター、社会福祉協議会、県、市町村、
その他リハビリテーションケアに関連する施設

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

年会費 団体会員 A:20,000 円

団体会員 B: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