

◎事務局からのお知らせ◎

茨城県総合リハビリテーションケア学会へのご入会(個人会員・団体会員)、登録情報の変更、退会については、手続きが必要となります。該当申込書をご記入の上、FAXにて事務局までご連絡ください。

【連絡先】〒310-0034 茨城県水戸市緑町 3-5-35
 (一社)茨城県リハビリテーション専門職協会内
 TEL:029-306-7765 FAX:029-353-8475

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

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

雑誌その他の送付先が変更になった場合は必ず新しい送付先を郵送または F A Xにてご連絡下さい。

なお、返送されてきました郵便物は、事務局で3ヶ月間お預かり致します。(新しい送付先をご連絡頂ければ転送致します。)

連絡先 〒310-0034 茨城県水戸市緑町 3-5-35
 (一社) 茨城県リハビリテーション専門職協会内
 TEL : 029-306-7765 FAX : 029-353-8475

茨城県総合リハビリテーションケア学会変更届(団体会員用)

※必須項目

		受理日	年 月 日	変更申請日※	年 月 日
施設名※		フリガナ			
申請者氏名※					
変更箇所をご記入ください	代表者氏名	フリガナ			
	所在地・連絡先	〒			
			TEL	()	
			FAX	()	
			EMAIL		

雑誌その他の送付先が変更になった場合は必ず新しい送付先を郵送または F A Xにてご連絡下さい。

なお、返送されてきました郵便物は、事務局で3ヶ月間お預かり致します。(新しい送付先をご連絡頂ければ転送致します。)

連絡先 〒310-0034 茨城県水戸市緑町 3-5-35
 (一社) 茨城県リハビリテーション専門職協会内
 TEL : 029-306-7765 FAX : 029-353-8475

茨城県総合リハビリテーションケア学会変更届(個人会員)

※必須項目

受理日	年 月 日	変更申請日※	年 月 日
氏名※	フリガナ		
変更箇所のみご記入ください	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)	
	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	
郵送物送付先	1 勤務先 2 自宅		