

正 会 員・・・年会費 60,000円

(病院・診療所・介護老人保健施設・歯科診療所・介護老人福祉施設・障害者更生援護施設の代表者等)

特別会員・・・年会費 10,000円

(リハ関連の教育機関・公的機関等に勤務する者等で個

人) 賛助会員・・・年会費 60,000円

(協会活動に賛助いただける法人・企業・個人)

新規 **正** 特別 会員入会申込書
賛助

日本リハビリテーション病院・施設協会に **正** 特別 賛助 会員として入会の申し込みをいたします。

平成 年 月 日

病院・施設名： _____

いずれかに○

(病院・診療所・介護老人保健施設・特別養護老人ホーム・その他： _____)

所在地住所： 〒 _____

Tel: _____ Fax: _____

代表者名： 職名： _____

ふりがな

氏名： _____

E-Mailアドレス： _____

※入会者（代表者）が所属先の代表者以外の場合は入会者についてもご記入ください

職名： _____

ふりがな

氏名： _____

E-Mailアドレス： _____

※当協会からの会誌等関係文書の送付先が、上記代表者でない場合は、担当部署・担当者を下記にご記載下さい。

(連絡窓口ご担当)

部署名 : _____

ふりがな
氏名 : _____

E-Mailアドレス : _____

一般社団法人

日本リハビリテーション病院・施設協会

事務局) 〒850-0854

長崎市銀屋町4-11 長崎リハビリテーション病院内

TEL (095) 811-2077

FAX (095) 811-2078