

返信先 F A X : 03-6260-8147

新規会員入会申込書

一般社団法人日本リハビリテーション病院・施設協会に入会の申込をいたします。

(以下のいずれかにチェック及び施設に○をお願いします)

正会員 (病院・診療所・介護老人保健施設・歯科医院/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)

賛助会員 (協会活動に賛助いただける法人企業・個人)

特別会員 (リハビリ関連の教育機関・公的機関等に勤務する者で個人)

申込日： 年 月 日

法人名及び施設名：

所在地住所 〒 _____

TEL: _____

F A X : _____

施設代表者役職： _____

フリガナ
氏名： _____

E - M e i l : _____

@ _____

※入会者が、代表者以外の場合は、ご記入ください

入会者役職： _____

フリガナ
氏名： _____

E - M e i l : _____

@ _____

※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、窓口担当者をご記入ください。

連絡窓口担当部署名： _____

フリガナ
氏名： _____

E - M e i l : _____

@ _____

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

TEL: 03-6260-8146