

入会申込書

一般社団法人 日本リハビリテーション病院・施設協会に入会申込いたします。

申込日 年 月 日

会員種別 (いずれかにチェック を入れてください) 必須	<input type="checkbox"/> 正 会 員 →以下の該当する施設区分に○をつけてください。 (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、その他 ())
	<input type="checkbox"/> 特別会員 (教育機関・公的機関等に勤務する者、理事会が必要と認めた者)
	<input type="checkbox"/> 賛助会員 (協会活動にご賛同いただける法人企業)

■施設の基本情報 **必須**

法人名			
施設名			
施設住所	〒 -		
電話番号		FAX 番号	
施設代表者	ふりがな 氏名	役職	
Eメールアドレス			

■入会申込者 (入会申込者が施設代表者でない場合はご記入ください。記入がない場合、施設代表者が今後の連絡窓口となります)

入会申込者 (連絡窓口)	ふりがな 氏名	部署・役職
Eメールアドレス		

■協会誌発送先 **必須**

発送先宛名	ふりがな 氏名	部署・役職
Eメールアドレス		

■年会費請求書の発送先 **必須**

請求書発送先宛名	ふりがな 氏名	部署・役職
Eメールアドレス		

メール添付 (member@rehakyoh.jp) あるいは FAX (03-6260-8147) にて事務局へご送信ください。

