

# 入会申込書(正会員・賛助会員)

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) <b>必須</b>	<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"/> 賛助会員 (協会活動にご賛同いただける法人企業)

## 1. 施設の基本情報 **必須**

ふりがな 法人名			
ふりがな 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	

## 2. 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		

## 3. 協会誌発送先 (2でご記入いただいた宛名以外をご希望の場合、ご記入ください)

発送先宛名	ふりがな 氏名	部署・役職
Eメールアドレス		

## 4. 年会費請求書の発送先 **必須**

請求書発送先宛名	いずれかに✓をつけてください。	
	<input type="checkbox"/> 2 を希望する。	
	<input type="checkbox"/> 3 を希望する。	
	<input type="checkbox"/> その他の住所・宛名への発送を希望する。	
	〒 _____	
	(部署・役職)	(電話番号)

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。

