

入会申込書（特別会員）

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	特別会員（B会員） ※教育機関・公的機関等に勤務する個人、理事会が必要と認めた者
------	---

1. 申込者の基本情報 **必須**

ふりがな 氏名			
住所 (A)	〒 _____		
電話番号		FAX 番号	
Eメールアドレス			

2. 申込者の勤務先情報 **必須**

住所 (B)	〒 _____ (部署・役職)		
電話番号		FAX 番号	
Eメールアドレス			

3. 協会誌および年会費請求書の発送先 **必須**

	協会誌発送先	年会費請求書発送先
発送先を選択 いずれかに✓を つけてください。	<input type="checkbox"/> 住所 A への発送を希望する。 <input type="checkbox"/> 住所 B への発送を希望する。 <input type="checkbox"/> その他を希望する。 〒 _____ (電話番号)	<input type="checkbox"/> 住所 A への発送を希望する。 <input type="checkbox"/> 住所 B への発送を希望する。 <input type="checkbox"/> その他を希望する。 〒 _____ (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。

