

臨時会員申込書

(医師以外)

公益社団法人日本リハビリテーション医学会
理事長 殿

私は貴学会の学術集会に共同演者として発表するため、会費をそえて申し込みいたします。
(太枠内を記入してください)

臨時会員番号		受付年月日	西暦	年	月	日	
フリガナ							
氏名						印	男・女
生年月日	西暦	年	月	日			
フリガナ							
自宅住所	〒						
	TEL	—	—	FAX	—	—	
フリガナ							
勤務先 (名称)							
所属部署名							
職種 (○をつけてください)	理学療法士・作業療法士・言語聴覚士・義肢装具士・看護師 臨床心理士・その他 ()						
フリガナ							
勤務先住所	〒						
	TEL	—	—	FAX	—	—	
備考 (領収書の宛名等、希望があればお書きください)							