

送信先 FAX : 0562-95-2906

実用先進リハビリテーション研究会 入会申込書

実用先進リハビリテーション研究会 会長 大高洋平様

貴会の趣旨に賛同し、入会を申込みます。

ふりがな	
氏名	
生年月日	年 月 日
性別	男 ・ 女
電話番号	
メールアドレス	
勤務先名	
所属科・部署	
職種	医師 ( 科 ) ・ 歯科医師 ・ 看護師 ・ 理学療法士 ・ 作業療法士 ・ 言語聴覚士 ・ その他 ( )
入会希望日	年 月 日
会員の種別 ○を付けてください	一般会員 (入会金 2,000 円, 年会費無料) 賛助会員 (入会金 2,000 円, 年会費 1 口 50,000 円)
加入口数 (賛助会員)	□

事務局：〒470-1192 愛知県豊明市沓掛町田楽ヶ窪 1-98

藤田医科大学医学部リハビリテーション医学Ⅰ講座 内 (担当：尾関 恩)

電話 0562-93-2167 FAX 0562-95-2906 メール rehabmed@fujita-hu.ac.jp