**茨城県総合リハビリテーションケア学会申込書（個人・賛助会員）**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **受理日** | **年　　　　月　　　日** | |
| **会員種類** | **1.正会員　2.賛助会員　（該当箇所に◯を付してください）** | | | | |
| **氏名** | **フリガナ** |  | | **性別** | **男・女** |
|  | | |
| **生年月日** | **昭 ・ 平 　　　　　　　　　　年　　　　　　　　　　　月　　　　　　　　　　　日　　（　　　　　　歳）** | | | | |
| **現住所** | **〒　　　-**  **TEL　　　　（　　　　）**  **FAX　　　　（　 　　）**  **EMAIL** | | | | |
| **勤務先** |  | | | | |
| **勤務先所在地** | **〒　　　-**  **TEL　　　　（　　　　）**  **FAX　　　　（　 　　）**  **EMAIL** | | | | |
| **職種** |  | | | | |
| **専門領域** |  | | | | |
| **加入している組織・団体・学会など** |  | | | | |
| **郵送物送付先** | **1勤務先　　　　　　　2自宅** | | | | |

上記のとおり入会を申し込みます。

　　　　年　　　　　月　　　　　日　　　　　　　　　　　　　　　　　　氏名　　　　　　　　　　　　　　　　　　　印

**以下は会員に記入を依頼してください。**

年会費　 個人会員：2,000円

　　　　　　賛助会員：一口10,000円

上記をご記入の上、FAXにて下記まで送信ください。

【送信先】

茨城県総合リハビリテーションケア学会事務局

FAX　029-353-8475