

入会 申込書



ROHM

学術研究会議 康復医学学会

作成日：平成 年 月 日

希望 会員	<input type="checkbox"/> 個人正会員 A 入会金：10,000 円／年会費：6,000 円	<input type="checkbox"/> 個人正会員 B <input type="checkbox"/> FAX <input type="checkbox"/> E-mail 入会金：10,000 円／年会費：24,000 円
	<input type="checkbox"/> 法人正会員 <input type="checkbox"/> FAX <input type="checkbox"/> E-mail 入会金：10,000 円／年会費：1,200,000 円	

※希望する会員の□に○を付けてください。正会員 B 及び企業・団体正会員には週 2 回の『康復医学通信』（A4×2 枚）をお送りいたします。『康復医学通信』の受取り方法（FAX または E-mail）をお選びください。

フリガナ： ----- 氏名（法人名）： 印	担当者名（法人の場合）
------------------------------	-------------

フリガナ： ----- 住 所：〒 <table border="1"><tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr><tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr></table> - <table border="1"><tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr><tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr></table> 都 道 市 区 府 県 郡																				
(アパート・マンション名や部屋番号)																				

勤務先：	役職 (職業)	所属 学会
------	------------	----------

TEL： ()	FAX： ()
----------	----------

携 帯： ()	紹介・推薦者：
----------	---------

メールアドレス：

★この入会申込書はコピーを取り、そのコピーをお手元に保存して下さい。
原紙（記入、捺印した用紙）は当学会へ郵送して下さい（FAX 不可）。

入会申込書 郵送先
〒103-0007 東京都中央日本橋浜町 2-38-9 浜町 TSKビル 5F 康復医学学会 事務局 (TEL & FAX) 03-5642-6555 (E-mail) info@koufukuigaku.org (URL) www.koufukuigaku.org

※入会の可否は、厳正な審査を行った後、理事の推薦及び理事長の承認により決定されます。

学会記入欄

備 考：

理事長 承認印	理 事 月 日	管 理 月 日	受 付 月 日
------------	------------	------------	------------