

日本小児リハビリテーション医学会 会員情報変更届

\* 会員情報変更届は、下記の運営事務局にご送付下さい。個人情報のため、Fax ご利用の際は宛先を十分にご確認下さい。

運営事務局：〒466-0832 名古屋市昭和区駒方町4丁目43-3

株式会社ライトハンド（日本小児リハビリテーション医学会担当）

E-mail : rehabchild@rhand.org Fax : (052) 861-0211

ふりがな 氏名					
生年月日	(西暦)	年	月	日	

変更箇所のみ変更後の内容をご記入下さい。

ふりがな 氏名					
E-mail					
連絡先 住所	<input type="checkbox"/> 勤務先 <input type="checkbox"/> 自宅				
	〒				
	(勤務先名/所属)				
TEL					
職 種	<input type="checkbox"/> 医師 <input type="checkbox"/> 歯科医師 <input type="checkbox"/> 理学療法士 <input type="checkbox"/> 作業療法士 <input type="checkbox"/> 言語聴覚士 <input type="checkbox"/> 義肢装具士 <input type="checkbox"/> 看護師 <input type="checkbox"/> 薬剤師 <input type="checkbox"/> 管理栄養士 <input type="checkbox"/> 公認心理師 <input type="checkbox"/> 社会福祉士 <input type="checkbox"/> 介護福祉士 <input type="checkbox"/> 精神保健福祉士 <input type="checkbox"/> 歯科衛生士 <input type="checkbox"/> その他 ( )				

ご不明な点は、以下の学会事務局までお問い合わせ下さい。

学会事務局：〒471-1192 愛知県豊明市沓掛町田楽ヶ窪1番地98

藤田医科大学リハビリテーション医学I講座

E-mail : rehabchild@fujita-hu.ac.jp