

日本小児リハビリテーション医学会 入会申込書

- * 入会申込書は、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。
- * 入会手続きは、年会費を納入後に完了します。
- * 年会費の納入先は、運営事務局から申込者 E-mail アドレスに送付させていただきます。
 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	
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 愛知県豊明市杣掛町田楽ヶ窪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