

中国四国リハビリテーション医学研究会教育研修会
日本リハビリテーション医学会専門医・認定臨床医生涯教育研修会
受講申し込み書

氏名:			
ご所属:			
職種:		連絡先電話:	
メールアドレス: 必ず記載下さい。			
中国四国リハビリテーション医学研究会会員	<input type="checkbox"/>	日本リハビリテーション医学会会員	<input type="checkbox"/> リハ学会会員番号:「 」
※入会されておられる、会員の方に☑を入れて下さい。リハ学会会員の方は、会員番号を「 」に入力して下さい。			
備考			

※どちらにも入会されていない場合は、中国四国リハビリテーション医学研究会の臨時会員としてご入会頂きます。
(※臨時会員会費1,000円頂戴致します。)その場合は、備考欄に「臨時会員入会希望」と記載下さい。
追って、詳細をお知らせさせて頂きます。