

## 中国四国リハビリテーション医学研究会入会届

今回中国四国リハビリテーション医学研究会に入会したいので年度会費を添えて申込みいたします。  
但し、( ) 正会員として、( ) 臨時会員(今回限定)として入会します。(どちらかに○を付けてください)

年 月 日

ふりがな		生年月日	年 月 日生
氏 名		電 話	( )
勤務先住所	(〒 )	E-mail	
勤 務 先 <small>(自宅開業の場合は医院名)</small>		職 種	
自 宅 住 所	(〒 )	電 話	( )
郵便物の 郵 送 先	<div style="display: flex; justify-content: space-around;"> <span>勤務先</span> <span>自 宅</span> </div> <p style="text-align: center;">(どちらかに○を付けてください)</p>		