送信先　　　　seikatsuki@jarm.or.jp

一般社団法人 日本生活期リハビリテーション医学会

入会申込書（医師、歯科医師）

（ご記入日）西暦　　　　年　 　月　 　日

|  |  |
| --- | --- |
| フリガナ |  |
| 氏名 |  | 男・女 |
| 生年月日 | 西暦　　　　　年　　　月　　　日 |
| E-mail | 　　　　　　　　　　　　　＠※携帯電話のアドレスは登録できません |
| 資格 | 1.医師　2.歯科医師　3.その他（　　　　　　　　　　） |
| 勤務先 | 種別 | 1.病院　2.診療所　3.行政施設　4.介護老人保健施設　5.教育研究施設6.その他（　　　　　　　　　　　） |
| フリガナ |  |
| 名称（正式名称） | 部科 |
| 所在地 | 〒 |
| TEL　　　－　　　　－　　　　　FAX　　　－　　　　－ |
| 役職 |  |
| 専門科名（複数選択可） | 1.リハビリテーション科　2.整形外科　3.内科　4.小児科　5.脳外科6.神経内科　7.外科　8.老年科　10.耳鼻科　11.歯科　12.総合診療科13.その他（　　　　　　　　） |
| 医学会からのメール配信 | 　希望する　　　　　希望しない※学会からの出版物発行の案内などを配信します。　但し重要通知・行事予定などは、希望の有無に関わらず配信させて頂きます |

※お申込書は 昭和大学藤が丘リハビリテーション病院 リハビリテーション医学講座気付 日本生活期リハビリテーション医学会事務局宛にe-mail（seikatsuki@jarm.or.jp）、もしくは郵送（〒227-8518 神奈川県横浜市青葉区2-1-1）にて送付をお願いいたします。

※事務局記入欄

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 会員番号 | L |  |  |  |  |  |  | 入会年月日 | 西暦　 　 年　 月 　日 |