



FAX 03-5280-9701

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	〒 都道府県 市区町村 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いただきます	

※お申込書は日本リハビリテーション医学会気付 日本生活期リハビリテーション医学会事務局宛  
FAX (03-5280-9701) もしくは郵送 (〒101-0047 東京都千代田区内神田 1-18-12 内神田東誠ビル  
2階) 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
------	---	--	--	--	--	--	--	-------	----	---	---	---