

日本運動器リハビリテーション学会入会申込書

平成 年 月 日

フリガナ 氏 名			生 年 月 日	性 別
			大・昭・平 年 月 日	男 女
現 住 所	〒 _____ TEL _____			
所 在 地 属	施設名			
	所 在 地	〒 _____ TEL _____ FAX _____		
	診 療 科	1、整形外科 2、リハビリテーション科 3、その他 ()	職 名	開 業 医 勤 務 医 他 () <small>(いずれかに○をつけてください)</small>
出 身 校	大 学 1 9 年 卒			
在籍医局				

※ 雑誌送付先：（1、現住所 2、勤務先）いずれかに○印をつけて下さい。

事務局処理欄	
払込票	入金
同封	