**茨城県総合リハビリテーションケア学会申込書（団体会員用）**

|  |  |
| --- | --- |
| **受理日** | **年　　　　月　　　日** |
| **代表者氏名** | **フリガナ** |  |
|  |
| **施設名** | **フリガナ** |  |
|  |
| **会員区分** | **団体会員A　（職能団体）　　　　　・　　　　　　団体会員B（施設団体）** |
| **所在地・連絡先** | **〒****TEL　　　　（　　　　）****FAX　　　　（　　　　）****EMAIL** |

**※**

**団体会員A（職能団体）：リハビリテーションケアに関連する団体**

**団体会員B（施設団体）：病院、診療所、薬局、介護施設、障害者施設、教育機関、訪問看護ステーション、**

**居宅介護支援事業所、保健所、保健センター、社会福祉協議会、県、市町村、**

**その他リハビリテーションケアに関連する施設**

上記の通り入会を申し込みます。

　　　　　　　　　年　　　　月　　　　日　　　　　　　　　　　　　　　　　　　施設名

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 代表者名　　　　　　　　　　　　　　　　　　　印

年会費　団体会員A：20,000円

　　　　　 団体会員B：10,000円

上記をご記入の上、FAXにて下記まで送信ください。

【送信先】

茨城県総合リハビリテーションケア学会事務局

FAX　029-353-8475