

日本摂食嚥下リハビリテーション学会 入会申込書

一般会員用

(フリガナ)
氏名

申込日 年 月 日

生年月日 年 月 日

性別 男・女

専門

<input type="checkbox"/> 医師リハ科	<input type="checkbox"/> 医師脳外科	<input type="checkbox"/> 医師その他	<input type="checkbox"/> 看護師	<input type="checkbox"/> 理学療法士
<input type="checkbox"/> 医師小児科	<input type="checkbox"/> 医師神経内科	<input type="checkbox"/> 歯科医師	<input type="checkbox"/> 保健師	<input type="checkbox"/> 栄養士
<input type="checkbox"/> 医師耳鼻科	<input type="checkbox"/> 医師形成外科	<input type="checkbox"/> 歯科技工士	<input type="checkbox"/> 言語聴覚士	<input type="checkbox"/> その他
<input type="checkbox"/> 医師整形外科	<input type="checkbox"/> 医師内科	<input type="checkbox"/> 歯科衛生士	<input type="checkbox"/> 作業療法士	()

勤務先住所

郵便番号

住所

施設名

部署

役職

電話

FAX

自宅住所

郵便番号

住所

電話

FAX

郵送先選択

勤務先

自宅

←郵便物送付先を選んでください。

E-mail address

太枠の欄は必ずご記入ください。住所の記入は、勤務先もしくはご自宅どちらか一方でもかまいません。

入会方法のご案内

入会申込書に必要事項をご記入の上、年会費支払いを証明するもの（払込受領証のコピー等）を添えて郵送またはFAXしてください。学会費の受領をもって入会とさせていただきます。

申し込み方法について

連絡先

458-0817 愛知県名古屋市緑区諸の木1-1704-202

日本摂食嚥下リハビリテーション学会事務局

電話：052-848-6570, FAX：052-848-6569

担当：内田

ご連絡はできるだけFAXまたは郵送でお願い申し上げます。

振込先

口座番号：00820-3-72879（郵便局）

口座名称：日本摂食・嚥下リハビリテーション学会

ゆうちょ銀行でお振り込みされる場合は下記の番号でお願いします。

〇八九（ゼロハチキュウ）店 当座 0072879