

## 入会申込書（賛助会員用）

公益社団法人日本リハビリテーション医学会  
 理事長 殿  
 貴学会の趣旨に賛同し、賛助会員として入会を申し込みます。

フリガナ (必ずご記入ください)		
氏名 会社名・団体名		
代表者氏名・役職等 (法人、団体の場合)	代表者氏名	役職等
業種		
住所 (都道府県から記載)	〒	
TEL	—	—
FAX	—	—
E-mail		
学会誌等ご担当者名 ※学会誌オンライン等のご案内対応 していただける方の情報を登録して ください。 代表者でよろしい場合は記載不要で す。	フリガナ	
	氏名	
	所属部署	
	mail	
年会費請求書送付先 ご担当者名 ※請求書をお受取いただける方をご 記入ください。 代表者でよろしい場合は記載不要で す。	フリガナ	
	氏名	
	所属部署	
	mail	
年会費	年額 一口金50,000円× _____ 口 (計 _____ 円)	
入会希望年度	年度	より入会を希望します。当学会の年度は4月1日～翌年3月31日です。 ※毎年1月から3月頃申込書をご提出の場合は必ずご記入ください。
年会費振込名義 (カタカナ)		
賛助会員ご入会 ご紹介者 氏名	紹介者氏名：	
	紹介者所属：	

※枠内はすべて必須でお願いいたします

※差し支えなければご紹介者をご記入ください。

当医学会会員専用ホームページ内オンラインジャーナルにおける賛助会員名簿への記載について

掲載を希望しない ※掲載を希望されない場合のみチェックをお願いします。

年            月            日

申込者

所属

氏名

印

mail

[申込書送付先]〒101-0047東京都千代田区内神田1-18-12内神田東誠ビル2階

公益社団法人日本リハビリテーション医学会事務局 宛

TEL:03-5280-9700 FAX:03-5280-9701 MAIL:office@jarm.or.jp