

# 変更届申込書（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 御中  
下記の通り訂正お願いいたします。

# 記入例

賛助会員No,	賛	999
フリガナ (必ずご記入ください)		コウエキシャダンホウジン ニホンリハビリテーションイガクカイ
氏名 会社名・団体名		公益社団法人 日本リハビリテーション医学会
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		
送付先 ご担当者名 ※学会誌等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。	<input checked="" type="checkbox"/>	フリガナ ニホン タロウ
	<input checked="" type="checkbox"/>	氏名 日本 太郎
	<input checked="" type="checkbox"/>	所属部署 事務局
年会費		年額 一口 金50,000円× 口 (計 円)
年会費振込名義 (カカ)		

↑変更箇所には✓をいれていただき変更事項を記載ください  
グレーの部分は必須です。その他はご変更箇所のみで構いません

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

変更届提出者

所属

氏名

連絡先メールアドレス

[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

## 変更届申込書（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 御中  
下記の通り訂正お願いいたします。

ご変更等ある場合はこちらをメールで  
お送りください

賛助会員No,	賛	
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		
送付先 ご担当者名 ※学会誌等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	
年会費	年額 一口 金50,000円×	口 (計 円)
年会費振込名義 (カタカナ)		

↑変更箇所には✓をいれていただき変更事項を記載ください  
グレーの部分は必須です。その他はご変更箇所のみで構いません

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

変更届提出者

所属

氏名

連絡先メールアドレス

[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