

# 滋賀県リハ推進医会入会申込書

**FAX 送信先 077-582-5726**

(申請日 年 月 日)

	(ふりがな) 氏 名	((西暦) 年 月 日生)
所 属	施設名	
	施設内 所属・職務	
連 絡 先 選 択	<input type="checkbox"/> 勤務先	(〒 )
		TEL ( )、FAX ( )
		E-mail :
	<input type="checkbox"/> 居住地	(〒 )
		TEL ( )、FAX ( )
		E-mail :
学会等所属	日本リハ医学会 ( )、・リハ医学会専門医 ( )、・同認定臨床医 ( ) 医師会 (地域・職域： )、その他：	
生涯教育 単位取得希望	・リハ医学会専門医 ( )・同認定臨床医 ( ) ・日本医師会 ( )、その他は手続きとともに備考欄にお書き下さい	
個人情報保護	本書の内容は、滋賀県リハビリテーションの推進に関する事務・連絡のほか かに用いるものではありません。	
備考 リハビリへ課 題、希望事項自 由にお書き下 さい		

**FAX・E-mail** は各種情報連絡用ですのでいずれか一つには是非ご記入下さい

連絡・申込先 〒5248-8524 守山市守山五丁目 4-30

滋賀家立リハビリテーションセンター内

滋賀県リハ推進医会 (猪飼、中馬)

TEL : 077-582-8157 FAX : 077-582-5726