

# 整形外科リハビリテーション学会 賛助会員申請書

申請日 平成 年 月 日

フリガナ			
団体名（組織名）			
住所	〒		
リンク先 URL			
電話番号		FAX 番号	
メールアドレス			
活動内容			
申請理由			
フリガナ			
代表者名			
住所	〒		
電話番号		メールアドレス	
備考	<p>誠に勝手ではございますが、会費として、御登録時・御更新時とも 10,000 円以上をお願いしております。</p> <p>登録期間は、入会日より当学会の年度末(9月末日)までとさせていただきます。</p>		
お申し込み お問い合わせ	<p>〒471-0814 愛知県豊田市五ヶ丘 1 丁目 2 番地の 2 五ヶ丘整形外科リハビリテーションクリニック 電話:0565-88-5577 Fax:0565-88-5562 e-mail:seikeireha@yahoo.co.jp</p>		