

一般社団法人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 令和 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			
代表者もしくは担当者 氏名	代表 ・ 担当		
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>〒450-0002 愛知県名古屋市中村区名駅 3-4-10 アルティメイト名駅 1st 2 階</p> <p>DMM.con 内 一般社団法人整形外科リハビリテーション学会</p> <p>TEL : 050-3615-8746(自動応答システム) E-mail: seikeireha@yahoo.co.jp</p> <p>※基本的にはメール対応でお願い致します。</p>		