神奈川県理学療法士連盟　入会申込書

神奈川県理学療法士連盟　会長　殿

貴連盟への入会を申し込みます。

|  |  |
| --- | --- |
| 入会年月日 | 平成　　　年　　　月　　　日 |
| (ふりがな)  氏名 |  |
| 自宅  連絡先 | ※　〒    ※　電話　　　　　　　（　　　）  FAX　　　　　　　 （　　　）  ※　E-mail |
| 勤務先  連絡先 | 施設名  　　〒  電話　　　　　　　（　　　）  FAX　　　　　　　 （　　　）  E-mail |

　　　※印の項目は必ずご記入を宜しくお願い致します。

記入した入会申込書の提出はFAX又はメールで下記事務局まで送付して下さい。

連盟からの情報はE-mail、または郵送物を送付する事があります。

　　　選挙の際は当連盟の支持者・支持団体へ名簿の提出等をご理解御願い致します。

ご入会頂いた方には年会費を頂いています。

　　　会費：年間￥1,000(毎年1月1日～12月31日)

　　　下記口座へ、入会者の氏名を必ず添えてお振込み下さい。

　　　振込先：横浜銀行　新百合ヶ丘支店

　　　口座種類：普通

　　　口座番号：6101232

　　　口座名：カナガワケンリガクリョウホウシレンメイジムキョク

　　　<事務局>

　　　〒215-0026　神奈川県川崎市麻生区古沢都古255

新百合ヶ丘総合病院リハビリテーション科内

　　　TEL：044-322-8241　FAX：044-322-8427

　　　Email：kanagawaptrenmei＠gmail.com

神奈川県理学療法士連盟　入会申込書

記入例

神奈川県理学療法士連盟　会長　殿

貴連盟への入会を申し込みます。

|  |  |
| --- | --- |
| 入会年月日 | 平成　　○年　　○月　　○日 |
| (ふりがな)  氏名 | かながわ　　　　たろう  神奈川　　太郎  E-mailアドレスは、  携帯電話でなく、パソコン用の  アドレスの記載をお願いします。 |
| 自宅  連絡先 | ※　〒○○○-○○○○  　　神奈川県○○市○○区　○-○  ※　電話　　　　　　　（○○○）○○○-○○○○  FAX　　　　　　　 （○○○）○○○-○○○○  ※　E-mail　　　　　　　×××.×××@gmail.com |
| 勤務先  連絡先 | 施設名　　○○病院  　　〒○○○-○○○○  　神奈川県△△市△△区　△-△  電話　　　　　　　（○○○）○○○-○○○○  FAX　　　　　　　 （○○○）○○○-○○○○  E-mail　　　　　　　×××.×××@yahoo.co.jp |

　　　※印の項目は必ずご記入を宜しくお願い致します。