

# 愛媛県理学療法士連盟入会申込書

私は、愛媛県理学療法士連盟に入会致したいので以下の通り申し込みます。

年 月 日

フリガナ			
氏名	印		
生年月日	昭・平		性別 男 女
自宅住所	〒		
携帯電話			
E-mail (パソコンメールが届く 様に設定してください)			
フリガナ			
勤務先名			
勤務先住所	〒		
TEL			
郵送物送り先	<input type="checkbox"/> 自宅 <input type="checkbox"/> 勤務先		

※ 上記、情報については、連盟活動以外に使用することはございません。

※ 社会情勢等により、入会金(永年会費)の変更等を行うことがございます。  
その際には、その旨広報いたしますが、予めご了承ください。