広島県理学療法士連盟　会長　殿

私は，広島県理学療法士連盟に入会したいので，以下のとおり申し込みます。

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 入会年度 | 年度 | 性別 | 男・女 | 提出日 | 平成　　　年　　　月　　　日 | |
| フリガナ |  | | | 生年月日 | 昭和・平成　　　年　　　月　　　日 | |
| 氏名 |  | | |
| 勤務先 | フリガナ |  | | | | |
| 勤務先  所属 |  | | | | |
| 所在地 | 〒　　　　- | | | | |
| 電話 | * - | | | FAX | * - |
| E-Mail |  | | | | |
| 日本理学療法士協会　会員番号 | | | | |  | |
| 自宅 | 住所 | 〒　　　　- | | | | |
| 電話 | * - | | | FAX | * - |
| E-Mail | （ＰＣ） | | | | |
| （携帯） | | | | |

捺印は必要ありません。

本連盟の情報発信・連絡はメールを基本としています。アドレスの記入をお願いします。

郵送物は原則として自宅に送付します。

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 会長  ≪事務局確認欄≫  平成　　年　　月　　日 | 会計責任者 | 会計責任者代行 |
|  |  |  |