

FAX 047-439-1386

船橋市立リハビリテーション病院 リハケア部 塩見達也 行き

※ 番号をお間違えのないよう、ご注意ください

法人化記念式典・講演・祝賀会 申込書 申込日 2017年 月 日

お名前	
会員No. ( ) 年会費 <input type="checkbox"/> 納入済み <input type="checkbox"/> 月 日納入予定	
所属機関	
住所 〒	
連絡先	TEL FAX e-mail
記念式典・講演	<input type="checkbox"/> 参加 <input type="checkbox"/> 不参加
記念祝賀会	<input type="checkbox"/> 参加 <input type="checkbox"/> 不参加
＜お祝いのメッセージ＞ 下枠の原文を会場・会報等で披露させていただきます。	
氏名 _____ (会員No. _____)	

締め切り 平成29年8月20日(日)延長中 ※ 月 日 受理