

## 入会申込書

枚方市通所・訪問リハビリテーション  
連絡協議会 会長殿

私は、貴会の趣旨に賛同し、入会を申し込みます。

申込み日	年 月 日	会員種別	<input type="checkbox"/> 個人 <input type="checkbox"/> 団体・法人
フリガナ		生年月日	年 月 日
申込者氏名		職種	
個人会員は こちらを記入	自宅住所		
	電話		
	E-mail		
	所属		
団体・ 法人会員は こちらを記入	所属機関 名		
	住所		
	電話	FAX	
	E-mail		

※ご提供いただいた個人情報は当会事業活動以外の用途には使用いたしません。

【送信先】 医療法人田中外科 通所リハビリテーション 担当：登美

FAX	072-805-3511
-----	--------------

E-mail	tomi@tanakageka.com
--------	---------------------