

京都リハビリテーション医療・介護フォーラム 入会申込書

京都リハビリテーション医療・介護フォーラム 代表者 殿

貴フォーラムの趣旨に賛同し入会いたしたく、申込みいたします。

申込日：西暦 年 月 日

* 会員番号				*事務局記載欄	
ふりがな					
氏名		生年月日	西暦	年	月 日
E-mail					
職種		医師・理学療法士・作業療法士・言語聴覚士・看護師・介護支援専門員・義肢装具士・ 介護福祉士・社会福祉士・医療ソーシャルワーカー・その他（ ）			
勤務先	名称				
	住所	〒 -			
連絡先 (送付先)		<input type="checkbox"/> 勤務先 <input type="checkbox"/> 自宅 (✓を入れて下さい) ※送付先がご自宅の場合のみ、下記自宅住所欄のご記入をお願いいたします			
自宅住所※		〒 -			

◆今後のご連絡はE-mailを基本にさせていただきます。メールアドレスをお忘れなくご記入ください。

申込書送付先：
 京都リハビリテーション医療・介護フォーラム事務局
 〒602-8566
 京都市上京区河原町通広小路上ル梶井町465
 京都府立医科大学大学院 スポーツ・障がい者スポーツ医学内
 TEL：075-251-5139 FAX：075-251-5327
 E-mail：krkforum@koto.kpu-m.ac.jp
 ホームページURL：https://www.krkforum.com/