

申込日：平成 年 月 日 ()

町田市リハビリテーション連絡会 入退会申し込み用紙

* 下記の入退会のどちらかに○をつけて下さい。

入 会	退 会
-----	-----

事業所名		
住所		
電話		
F A X		
E mail		
登録会員氏名 (全員フルネーム・ヨミガ ナをご記載下さい) (①には問い合わせご担当 の方の氏名を記載下さい)	①	氏名： 職種PT・OT・ST
	2	氏名： 職種PT・OT・ST
	3	氏名： 職種PT・OT・ST
	4	氏名： 職種PT・OT・ST
	5	氏名： 職種PT・OT・ST
	6	氏名： 職種PT・OT・ST
	7	氏名： 職種PT・OT・ST
	8	氏名： 職種PT・OT・ST
	9	氏名： 職種PT・OT・ST
	10	氏名： 職種PT・OT・ST

*1 上記内容すべて記載の上、メール又はF A Xにてお送り下さい。

*2 頂いた情報については、連絡会にて名簿管理を行います。

*3 上記人数で不足の場合は、用紙をコピーして、ご提出をお願い致します。

多摩丘陵病院 理学療法科 瀧原 暁 (事務局) 宛

mail:machida.reha@gmail.com

FAX:042-797-0596