



FAX 03-5280-9701

一般社団法人 日本急性期リハビリテーション医学会

入会申込書（医師）

(ご記入日) 西暦 年 月 日

フリガナ					
氏名	男・女				
生年月日	西暦 年 月 日				
E-mail	@ ※携帯電話のアドレスは登録できません				
学会からのメール配信	希望する	希望しない	※学会からの出版物発行の案内などを配信します。 但し重要通知・行事予定などは、希望の有無に問わらず配信させて頂きます		
医籍登録年月日	西暦 年 月 日	医籍登録番号			
勤務先	フリガナ				
	名称 (正式名称)	科			
	フリガナ				
	所在地	〒	都道 府県	市郡 区	
		TEL	—	—	FAX
現職	1.教授 2.准教授 3.専任講師 4.講師 5.助教 6.施設長（院長・センター長 etc.） 7.副施設長 8.部長 9.医長 10.医員 11.顧問 12.その他（ ）				
専門科名 (複数選択可)	1.リハビリテーション科 2.整形外科 3.内科 4.小児科 5.脳外科 6.神経内科 7.外科 8.老年科 9.その他（ ）				
専門分野 (複数選択可、必須ではありません)	領域 1 脳血管障害、他の脳疾患（脳外傷を含む） 領域 2 脊髄損傷、他の脊髄疾患（二分脊椎など） 領域 3 骨関節疾患（関節リウマチ・外傷を含む） 領域 4 脳性麻痺、他の小児疾患 領域 5 神経・筋疾患 領域 6 切断 領域 7 呼吸器・循環器疾患 領域 8 その他（悪性腫瘍、熱傷など）				
自宅住所	〒	都道 府県	市郡 区		
	TEL	—	—	FAX	—
出身校	大学	卒業年月	西暦	年	月
在籍医局名		通信物送付先	自宅	・	勤務先

※入会申込は日本リハビリテーション医学会宛付 日本急性期リハビリテーション医学会事務局宛

FAX(03-5280-9701)もしくは郵送(〒101-0047 東京都千代田区内神田 1-18-12 内神田東誠ビル 2 階)にて送付お願いいたします。

※事務局記入欄

会員番号	A	入会年月日	西暦	年	月	日
------	---	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	----	---	---	---