



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、希望の有無に関わらず配信させていただきます		
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, その他の脳疾患(脳外傷を含む) 領域2 脊髄損傷, その他の脊髄疾患(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, その他の小児疾患 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気付 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
------	---	-------	----------