（様式１）

松戸市リハビリテーション連絡会　会員申込書

松戸市リハビリテーション連絡会 会長　　様

会員区分	□ 正会員（個人）□ 正会員（法人）□ 特別会員（個人）□ 特別会員（法人等）

【個人で入会の方】

氏名	（フリガナ）		性別	男性　・　女性
資格	理学療法士　・　作業療法士　・　言語聴覚士		経験年数	
その他保有資格				
勤務先	名称			
	住所	〒		
	連絡先	電話		FAX
		E-mail		
	施設形態	病院・診療所・老人保健施設・訪問看護ステーション・通所事業所 特別養護老人ホーム・特定施設・その他（　　）		

【法人で入会の方】

法人名	名称			
	住所	〒		
	連絡先	電話		FAX
		E-mail		
	施設形態	病院・診療所・老人保健施設・訪問看護ステーション・通所事業所 特別養護老人ホーム・特定施設・その他（　　）		
法人会員代表者氏名	（フリガナ）		性別	男性　・　女性
資格	理学療法士　・　作業療法士　・　言語聴覚士　・　その他（　　）			

入会者氏名		職種			職種	
		職種			職種	
		職種			職種	
		職種			職種	
		職種			職種	

＊入会者は別紙添付もしくは
　氏名欄が足りない場合はコピーしてお使いください。

会員番号 ＊事務局使用欄	