

日本呼吸ケア・リハビリテーション学会入会申込書

西暦 年 月 日

氏 名 (必須)	フリガナ	性 別
		男 女
	生年月日： 西暦 年 月 日	
職 種 (必須)	医師 歯科医師 看護師 准看護師 理学療法士 作業療法士 臨床工学技士 薬剤師 言語聴覚士 臨床検査技師 管理栄養士 介護福祉士 歯科衛生士 その他 ()	
E-mail 携帯アドレス可 (必須)	@ ※携帯電話メールアドレスの場合は、ドメイン (@jsrcr.jp) の受信許可設定をお願いいたします。	
勤 務 先 (必須)	名 称：	
	所 属：	
	肩 書：	
	〒 ー	都 道 府 県
	TEL：	FAX：
自 宅 (必須)	〒 ー	都 道 府 県
	TEL：	携 帯：
	抄録集送付先 (必須) 勤務先 ・ 自 宅 (いずれかに○をつけてください)	
連 絡 欄		

◎本学会の年度設定は9月1日から翌年の8月31日までです。(例：2019年度は2019年9月1日～2020年8月31日)

その間に会費をお振込み頂いた場合、当該年度の入会として登録されます。(会費振込日=学会入会日)

◎入会申込書は事務局宛に郵送またはFAXにてお送りください。 **FAX：03-6806-7703**

◎ホームページよりオンライン入会登録も可能です。

◎初年度年会費：10,000円(入会日～8月31日分)をお振込みください。なお、その際の振込手数料は実費ご負担くださいますようお願いいたします。

●郵便振替口座 **[00160-5-671570]** (加入者名)日本呼吸ケア・リハビリテーション学会

※郵便局備え付けの振込取扱票をご利用ください。

◎入会申込書の送付および年会費の入金がございませんと、入会とはなりませんのでご注意ください。

◎お振込みいただいた年会費は返金できかねます。あらかじめご了承ください。