

# 茨城の訪問リハビリテーションを考える会

## 入会申込書

太線のみご記入ください。

申込先 FAX : 029-877-4688

<b>フリガナ 氏名</b>		生年月日： T・S・H      年      月      日      (      歳)
<b>職 種</b>	<p>※ 該当する□にチェックまたは記入してください。(重複回答可)</p> <p><input type="checkbox"/> 1. 医師</p> <p><input type="checkbox"/> 2. 医療技術職</p> <p style="margin-left: 20px;"> <input type="checkbox"/> ①保健師                      <input type="checkbox"/> ②看護師                      <input type="checkbox"/> ③理学療法士                      <input type="checkbox"/> ④作業療法士  <input type="checkbox"/> ⑤言語聴覚士                      <input type="checkbox"/> ⑥義肢装具士                      <input type="checkbox"/> ⑦臨床心理士                      <input type="checkbox"/> ⑧栄養士  <input type="checkbox"/> ⑨歯科衛生士                      <input type="checkbox"/> ⑩薬剤師                      <input type="checkbox"/> ⑪その他 (                      )         </p> <p><input type="checkbox"/> 3. 福祉職</p> <p style="margin-left: 20px;"> <input type="checkbox"/> ①社会福祉士                      <input type="checkbox"/> A. 医療相談員                      <input type="checkbox"/> B. 施設指導員  <input type="checkbox"/> ②介護福祉士                      <input type="checkbox"/> C. ホームヘルパー                      <input type="checkbox"/> D. ケアワーカー  <input type="checkbox"/> ③社会福祉主事                      <input type="checkbox"/> E. レクワーカー                      <input type="checkbox"/> F. ケアマネジャー  <input type="checkbox"/> ④その他 (                      )                      <input type="checkbox"/> G. その他 (                      )         </p> <p><input type="checkbox"/> 4. 教育職</p> <p><input type="checkbox"/> 5. 事務職</p> <p><input type="checkbox"/> 6. その他 (                      )</p>	
<b>勤務先</b>	<p>〒 _____ (住所) _____</p> <p style="text-align: right;">TEL (                      )</p> <p>(名称) _____ FAX (                      )</p> <p>(所属) _____ E-mail (                      )</p>	
<b>郵送先</b>	<p>※ 勤務先以外に郵便物の配達を希望される場合のみ記入してください。</p> <p>〒 _____</p> <p style="text-align: right;">TEL (                      )</p> <p>(住所) _____ FAX (                      )</p>	
<b>※ 受 理</b>	平成    年    月    日	<b>※ 会員番号 (                      )</b> 変更届日    平成    年    月    日