# 神奈川リンパ浮腫研究会

# 入 会 申 込 書

申込年月日　　年　　月　　日

**会員番号**
**※事務局記載欄**

| | |
|---|---|
| フリガナ | |
| 氏　　名 | |
| 生年月日 | 年　　月　　日 |
| 職　　種 | □医師　□ 看護師　□理学療法士　□作業療法士<br>□あん摩マッサージ師　□ その他（　　） |
| 会員区分 | □ 正会員　□ 賛助会員 |
| 連絡先<br>（送付先） | □ 勤務先　□ 自宅 |

所属（勤務先）

| | | | |
|---|---|---|---|
| 名称 | | | |
| 住所 | 〒 | | |
| ＴＥＬ | | ＦＡＸ | |
| メール | | | |
| 本研究会ホームページへの<br>所属機関連絡先（名称・住所・TEL・URL）掲載 | 希望する　・　希望しない | | |
| URL | | | |

現住所（自宅）

| | | | |
|---|---|---|---|
| 住所 | 〒 | | |
| ＴＥＬ | | ＦＡＸ | |
| メール | | | |

◆個人情報の取扱い◆
申し込みいただきました上記の個人情報は、本研究会のみに使用致します。