

FAX 03-5281-8535

一般社団法人 回復期リハビリテーション病棟協会事務局宛 (電話 03-5281-8531)

入会関連資料を請求します

年 月 日

ふりがな
病院名

病院所在地 〒

連絡担当者氏名

所属・役職

電話

FAX

E-mail

下記事項へのご記入にご協力ください

1. 現在、回復期リハビリテーション病棟を

① 運営している→ 病棟数： 病床数：

② これから立ち上げる→ 年 月頃立ち上げ予定

2. 当会入会を希望されている目的は

① 研修会に参加したい

② 回復期リハビリテーション病棟に関する情報を得たい

③ その他あれば具体的に ()

3. 当会をどのように知りましたか？

① 入会案内資料をもらった

② インターネットで知った

③ 知人からの紹介

④ その他、具体的に ()