

『広島県回復期リハビリテーションの会』入会申込書

病院名	ふりがな	
	名称	
開設主体	ふりがな	
	名称	法人名等
代表者	ふりがな	
	名称	
担当者	ふりがな	
	名称	
	電子メール	

所在地	〒		
電話		FAX	

回復期リハビリテーション病棟協会	会員 ・ 非会員
------------------	----------

総病棟数	病棟	総病床数	床
回りハ病棟数	病棟	回りハ病床数	床

病棟名	病床数	回復期リハビリテーション病棟入院料
	床	I ・ II ・ III
	床	I ・ II ・ III
	床	I ・ II ・ III

会員メール配信 メールアドレス (当会からのお知らせ配信用)	
-----------------------------------	--

年会費 振込予定日	平成 年 月 日頃 ・ その他()
-----------	--------------------

※年会費 1施設 10,000円

(ゆうちょ銀行振替え)

記号	1 5 1 4 0	番号	3 0 7 7 6 6 9 1
----	-----------	----	-----------------

(他銀行からの振込み)

振込銀行	ゆうちょ銀行	預金種別	普通預金
店名	五一八(ゴイチハチ)	店番	5 1 8
口座番号	3 0 7 7 6 6 9		

フリガナ	ヒロシマケンカイフクキリハビリテーションノカイ
口座名義人	広島県回復期リハビリテーションの会

- (1) 会員期間は、本会の会計年度に合わせ毎年4月1日から3月31日までとなります。
- (2) 振込が確認でき次第、登録済の会員名簿をメールにてお送りいたします。
- (3) 行事予定等につきましては、登録いただいたメールアドレスへ配信させていただきます。