　　年　　月　　日

一般社団法人群馬県理学療法士協会　御中

会員情報申請書

申請者氏名：　　　　　　　　　　　　　　　　　　印

所属施設名：

協会内役職名：

メールアドレス：

|  |  |
| --- | --- |
| 会員情報利用目的 |  |
| 必要な情報 | 必要な項目に○をつけて下さい。  氏名　・　会員番号　・　所属施設名　・　所属施設郵便番号  所属施設住所　・　所属施設電話番号　・　所属施設F A X番号  メールアドレス  その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）  ※所属施設が自宅の会員は、住所等も自宅情報となります。  注）不用意な情報項目の申請は、お控えください。 |
| 使用期間 | 年　　月　　日　〜　　　　　年　　月　　日　まで |

備考

* 以下は記載不要です。

許否：　　許可　　・　　不許可

　　　　年　　月　　日

|  |  |
| --- | --- |
| 会長 | 事務局長 |
|  |  |