

九州ストーリーリハビリテーション研究会入会申込書

入会申込日：平成 年 月 日

希望連絡先 (勤務先 ・ 自宅) ※ご希望の方に○印をお付け下さい。

フリガナ				生年月日
氏名				昭和・平成 年 月 日 (才)
勤務先	名称			
	住所	〒 -		
	T E L	() -	F A X	() -
自宅	住所	〒 -		
	T E L	() -		
	メールアドレス			
職 種				
E T ・ W O C 資 格 取 得	E T (年取得) W O C (年取得)			

【九州ストーリーリハビリテーション研究会事務局】

社会医療法人社団高野会

大腸肛門病センター高野病院内

〒862-0924 熊本市中央区帯山 4-2-88

TEL:096-384-1011 FAX:096-384-1061

※事務局記載

入会受付日	年 月 日
会員番号	