

Fax 093-691-3529

産業医科大学リハビリ医学講座内
福岡県安全運転医療連絡協議会事務局

正会員入会申込書

福岡県安全運転医療連絡協議会の正会員として
入会を希望いたします。

【 】施設名および住所：

【 】部署名および住所：

代表者名：

担当者名：

担当者への連絡先（電話，FAX，E-mail）

- 1) 正会員は，施設としての入会（〇〇病院，△△自動車教習所）または部署としての入会（□□病院リハビリ部など）となります。いずれかを選択し，【 】内に○を記入して，施設名または部署名，住所を記入してください。
- 2) 施設または部署の代表者名，実務を行う担当者名を記入してください。なお，医療機関では，代表者または担当者のいずれかに本会議出席が可能な医師を含めることが望ましい。（あくまで努力義務）
- 3) 事務局からの連絡事項や開催案内は，担当者の e-mail アドレスに送信いたしますので，貴施設または貴部署内で本会議参加を希望する方々へ，情報伝達をお願いします。

Fax 093-691-3529

産業医科大学リハビリ医学講座内
福岡県安全運転医療連絡協議会事務局

賛助会員入会申込書

福岡県安全運転医療連絡協議会の賛助会員として入会を希望いたします。

【 】 施設名および住所：

【 】 部署名および住所：

代表者名：

担当者名：

担当者への連絡先（電話，FAX，E-mail）

- 1) 賛助会員は，施設としての入会（〇〇社）または部署としての入会（□□社医療福祉部など）となります．いずれかを選択し，【 】内に○を記入して，施設名または部署名，住所を記入してください．
- 2) 施設または部署の代表者名，実務を行う担当者名を記入してください．
- 3) 事務局からの連絡事項や開催案内は，担当者の e-mail アドレスに送信いたしますので，貴施設または貴部署内で本会議参加を希望する方々へ，情報伝達をお願いします．