

公益社団法人 熊本県理学療法士協会 シニア割引申請書

公益社団法人 熊本県理学療法士協会会長 殿

私は、公益社団法人熊本県理学療法士協会費のシニア割引を申請致します。

提出日 年 月 日

氏 名	(自署)		
勤 務 先 ※1			
割引適用開始年度	()年度会費、 以降自動継続	会員番号	

※ 別途、日本理学療法士協会への申請も必要です。

※1 自宅会員の場合、勤務先は「自宅」と記入ください