

在宅血液透析研究会 個人会員 入会申込書

この度在宅血液透析研究会に入会致したく、入会の申し込みを致します。

平成 年 月 日

氏名 _____

フリガナ			生年月日 19 年 月 日 (昭和 年) (平成 年)	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女
氏名	姓 名			
勤務先	フリガナ 名称		所属科（部課）名	
	所在地〒			
	電話番号（ ） — 内線（ ） FAX番号（ ） — E-mail :		案内送付先 <input type="checkbox"/> 勤務先 <input type="checkbox"/> 自宅	
	I			
職種 IとIIの両方をチェックして下さい。 Iは1項のみ。	II（Iの内訳）重複も可、その場合には主たるものには×印、他は✓印			
	<input type="checkbox"/> 医療		<input type="checkbox"/> 医師 <input type="checkbox"/> 看護師 <input type="checkbox"/> 臨床工学技士 <input type="checkbox"/> 放射線技師 <input type="checkbox"/> 栄養士 <input type="checkbox"/> ソシアルワーカー <input type="checkbox"/> 検査技師 <input type="checkbox"/> 他（ ）	
	<input type="checkbox"/> 教育研究		<input type="checkbox"/> 医学 <input type="checkbox"/> 看護学 <input type="checkbox"/> 社会医学 <input type="checkbox"/> 栄養学 <input type="checkbox"/> 薬学 <input type="checkbox"/> 理工学 <input type="checkbox"/> 他（ ）	
	<input type="checkbox"/> 製造販売		<input type="checkbox"/> 製造 <input type="checkbox"/> 販売 <input type="checkbox"/> 輸出入 <input type="checkbox"/> 他（ ）	
	<input type="checkbox"/> その他		<input type="checkbox"/> 事務 <input type="checkbox"/> 他（ ）	
自宅	住所 〒			
	電話番号（ ） — FAX番号（ ） —			

本会の会計年度は4月1日～3月31日となります。

※会費請求は入会年度からの請求となります。

後日、会員証を送付いたします。

会員特典

1. 各種案内の送付
2. 年次研究会プログラム・抄録集の送付
3. 当会ホームページで会員専用ページの閲覧（準備中）