

兵庫県透析医会 入会申込書

兵庫県透析医会
会長 石井 洋治 殿

今般、貴会の趣旨に賛同し、ここに入会を申し込みます。

令和 年 月 日

施設所在地 (〒 —)

電話番号 (市外番号 —)

FAX番号 (市外番号 —)

メールアドレス @ (当会のメーリングリストに参加 可・否)

施設名称

開設者氏名

会員氏名 印

- A：私的医療機関の透析施設の透析代表者
B：公的及びこれに準ずる医療機関の透析施設の透析代表者
C：勤務医及び同一医療機関の透析施設に於いて複数の会員がいる場合、又は透析に関心のある医師
(会費徴収基準となりますので、必ずA・B・Cのいずれかに○印をお願いします。)

※施設名称は正式名称をご記入下さい。