

申込年月日 西暦 年 月 日

長時間透析研究会 個人年会費(継続)

ふりがな			
氏名			生年月日 西暦 年 月 日
勤務先	名称	所属科 (部課)	
	住所 〒 -		
	電話 () -		
職種	医療施設 <input type="checkbox"/> 医師 <input type="checkbox"/> 看護師 <input type="checkbox"/> 臨床工学技士 <input type="checkbox"/> 薬剤師 <input type="checkbox"/> 栄養士 <input type="checkbox"/> 検査技士 <input type="checkbox"/> その他 ()		
	医療施設以外 <input type="checkbox"/> 患者 <input type="checkbox"/> 患者家族 <input type="checkbox"/> 製薬関連 <input type="checkbox"/> 透析機器関連 <input type="checkbox"/> 一般企業 <input type="checkbox"/> その他 ()		
自宅	住所 〒 -		
	電話 () -		
eメール			
資料・案内等送付先	<input type="checkbox"/> 勤務先 <input type="checkbox"/> 自宅		

登録情報に変更・訂正があった場合は、速やかに事務局まで届け出て下さい。

個人年会費 2,000 円を下記銀行口座へお振り込み下さい。
入金を確認後、領収証を発行します。

振込口座
銀行名 福岡銀行 唐津支店(店番 711)
普通 1291536
名義 長時間透析研究会 会長 前田利朗
(チョウジカントウセキケンキュウカイ カイチョウ マエダトシロウ)

FAX : 0955-23-3315

E-Mail : longhdsec@maeda-imari.or.jp