

申込年月日 西暦 年 月 日

長時間透析研究会 施設年会費(継続)

ふりがな	
施設名	
施設長名 (または責任者名)	
住所	〒 -
電話番号	() - (内線)
eメール(施設長または責任者)	
eメール(施設または部課)	
備考	

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。

施設年会費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 マエダシロウ)

FAX : 0955-23-3315

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