

日本透析医学会 統計調査委員会事務局 行き
 〒113-0033 東京都文京区本郷2-38-21 アラミドビル2F
 TEL 03-5800-0790 E-mail toukei@jsdt.or.jp
 FAX 03-5800-0787

別紙

日本透析医学会 統計資料提供依頼書

申請日	平成 年 月 日		提供
フリガナ			透析医学会会員の有無(○印)
申請者氏名			個人会員/施設会員/賛助会員/非会員
フリガナ			所属の分類(○印)
申請者所属			病院/病院以外の医療機関/医学系の大学/ 医学系以外の大学/医学系の研究所/ 報道機関/国/地方公共団体/個人/その他
住所	〒	TEL	
		FAX	
		e-mail	
利用目的			
依頼内容	※各帳票の出力年、出力条件、出力項目、数値の区切りを明記すること。別紙での提出可。		
利用先	利用先の分類(○印)	左記詳細	講演・発行・放映などの予定
	学会・講習会/研究会・ 定期刊行物・単行本・ 報道(テレビ/新聞/ラジオ)・ 公開しない・その他		年 月 日
費用負担	既に出力されている内容に関しては事務諸経費以外発生しませんが、新たにデータベースから集計する場合は有料となります。		有料依頼の有無(○印) 希望する・希望しない

同送枚数 別紙も含んで__枚