

泌尿器科領域講習認定単位受講証明書交付願

令和 年 月 日

一般社団法人日本透析医学会
理事長 殿

日本透析医学会 会員番号 _____
日本泌尿器科学会 会員番号 _____

氏 名 (印)

電話番号 ()

下記のとおり日本透析医学会学術集会・総会会期時に開講の
泌尿器科領域講習認定単位受講証明書を交付願います。

記

学 術 集 会	第 65 回日本透析医学会学術集会・総会
証 明 講 習	別紙認定単位一覧の「受講講習会」の該当欄に○を付けた講習
フリ 氏 名	
生年月日	年 月 日
備 考	

注 1) 送付先住所・氏名を明記した長形 3 号封筒に 84 円切手を貼付した返信用封筒を同封
すること

2) 氏名・生年月日等の個人情報本人確認のために利用し、他の目的には使用しません

問い合わせ先：一般社団法人日本透析医学会事務局
113-0033 東京都文京区本郷 2-38-21 アラミドビル 2 F

総務担当 E-mail: tosekiigakkai@jsdt.or.jp
TEL: 03-5800-0786
FAX: 03-5800-0787