

# 一般社団法人日本透析医学会 正会員 入会申込書

(記入前に必ず裏面の記入上の注意をお読みください)

この度日本透析医学会に入会いたしたく、入会の申込みをいたします。

年 月 日

氏名 \_\_\_\_\_ 印

フリガナ			生年月日	<input type="checkbox"/> 男
氏名			年 月 日	<input type="checkbox"/> 女
勤務先名称：			所属部科：	
勤務先住所	〒 - 都・道 府・県			
	TEL. - -	FAX. - -		
自宅住所	〒 - 都・道 府・県			
	TEL. - -	FAX. - -		
連絡先	郵便物送付先	<input type="checkbox"/> 勤務先 <input type="checkbox"/> 自宅		
	E-mail			
職種	分野	詳細		
	医療	<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"/> 臨床検査技師 <input type="checkbox"/> 他 ( )		
	教育研究	<input type="checkbox"/> 医学 <input type="checkbox"/> 看護学 <input type="checkbox"/> 社会医学 <input type="checkbox"/> 栄養学 <input type="checkbox"/> 薬学 <input type="checkbox"/> 理工学 <input type="checkbox"/> 他 ( )		
	製造販売	<input type="checkbox"/> 製造 <input type="checkbox"/> 販売 <input type="checkbox"/> 研究開発 <input type="checkbox"/> 他 ( )		
	その他	<input type="checkbox"/> 事務 <input type="checkbox"/> 他 ( )		
資格	種別	免許番号	取得年月	年 月
専門科	<input type="checkbox"/> 内科 <input type="checkbox"/> 外科 <input type="checkbox"/> 泌尿器科 <input type="checkbox"/> 小児科 <input type="checkbox"/> 麻酔科 <input type="checkbox"/> 他 ( )			
学歴	学校名	学部・研究科名	学科・専攻	
	卒業・修了年月		年 月	
入会年度	<input type="checkbox"/> 今年度 <input type="checkbox"/> 来年度 <p>1月以降に入会の方は、ご希望の入会年度をお選びください。 本会の会計年度は4月1日～翌年3月31日となります。 年会費は入会年度からの請求となります。</p>			

推薦者名 (現評議員または専門医)

氏名	勤務先
印	

以下は学会事務局記入欄です

会員番号	入会年月日
------	-------

# 日本透析医学会入会の手続き

## I. 入会申込書

この申込書は「正会員」用です。施設会員、賛助会員に入会希望の方は、別の申込書が必要です。学会事務局に書類を請求してください。

## II. 入会手続き

1. 入会申込書に記入の上、学会事務局に郵送してください。次回の理事会で審議され、入会可否が決定されます。
2. 入会が承認されると、その旨を申込者に通知します（郵便振込用紙を同封）。通知を受け取ったならば、早急に年会費を払い込んでください。
3. 理事会承認、年会費納入の2つが完了して入会となります。入会年月日は入会申込書の受付年月日が適用されます。

## III. 記入上の注意

1. 各項目につき、もれなくご記入ください。
2. 該当する□に√印をしてください。フリガナは片仮名でお願いします。
3. 勤務先の名称は略称でなく、正式名称でお願いします。ご面倒でも必ずフリガナを付してください。
4. 職種は分野と詳細に分かれています。
  - 1) 分野は、4分野（医療・教育研究・製造販売・その他）に分かれています。分野で医療分野を選択した場合は、他の3分野を選択しないでください。その他の分野を選択した場合は、カッコ内にその明細を記入してください。
  - 2) 分野の詳細欄には、例えば、分野で医療分野を選択した場合、「□医師～□その他」のうちの該当する□に√印をしてください。重複して選択しても構いませんが、その場合は、主たるものに×印をしてください。
5. 資格の欄は、職種の主たるものにつき国家資格がある場合、その資格の種別、登録番号、資格取得年月を記入してください。
6. 学歴は、最終のもの、あるいは現在の職種に最も関連のあるもの1つだけを記入してください。専修学校・専門学校も含みます。
7. 現評議員・専門医の推薦者1名が必要です。

## IV. 個人情報の利用について

日本透析医学会からの通知事項、総会開催通知及び出欠の返信依頼、パスワード再発行依頼への対応、ログインIDの問い合わせへの対応等、日本透析医学会と当該会員との間における事務連絡のために利用いたします。

上記目的以外利用することはありません。

一般社団法人 日本透析医学会  
〒113-0033 東京都文京区本郷2-38-21  
アラミドビル2F  
TEL.03-5800-0786 FAX.03-5800-0787