

泌尿器科領域講習および専門医共通講習認定単位
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
領域講習および専門医共通講習認定単位受講証明書を交付願います。

記

学 術 集 会	第 <u>66</u> 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は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