

変更届

FAX : 03-5800-0787

Email : sonota@jsdt.or.jp

年 月 日

会員番号	
------	--

母体名(法人名)	
フリガナ	
施設名	

Email	
お知らせメール	<input type="checkbox"/> 要 <input type="checkbox"/> 不要 <input checked="" type="checkbox"/> でお選びください

所在地	〒 _____		

Tel	_____	Fax	_____

フリガナ	_____	_____
代表者※	_____	_____

※代表者は医師に限りますが、施設の組織上の代表者を意味するものではありません

フリガナ	_____	_____	所属部・科
連絡者	_____	_____	

施設会員名簿送付先	<input type="checkbox"/> 代表者 <input type="checkbox"/> 連絡者 <input checked="" type="checkbox"/> でお選びください
-----------	--

学会雑誌	<input type="checkbox"/> 送付 <input type="checkbox"/> 不要	抄録集	<input type="checkbox"/> 送付 <input type="checkbox"/> 不要
------	---	-----	---

同時透析	名 最大透析	名 夜間透析	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無
治療法の範囲	<input type="checkbox"/> 血液透析 <input type="checkbox"/> 腹膜透析 <input type="checkbox"/> 腎移植 <input type="checkbox"/> 在宅血液透析	<input checked="" type="checkbox"/> でお選びください	

記入者