日本透析医学会 正会員 入会申込書

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 年　月　日	□男 ・ □女
氏名				
勤務先名称			所属科	
所在地	〒			
Tel		Fax		
自宅住所	〒			
Tel		Fax		
Email				
お知らせメール	□要　・　□不要　　☑でお選びください			
郵便物送付先	□勤務先　・　□自宅			

職種	分野	詳細
	医療	□医師 □看護師 □臨床工学技士 □薬剤師 □栄養士 □臨床検査技師 □他（　　）
	教育研究	□医学 □看護学 □社会医学 □薬学 □栄養学 □理工学 □他（　　）
	製造販売	□製造 □販売 □研究開発 □他（　　）
	その他	□事務 □他（　　）

資格	□医師免許 □他（　　）	免許番号		取得年月	年　月
専門科	□内科 □外科 □泌尿器科 □小児科 □麻酔科 □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	□今年度 □来年度	本会の会計年度は4月1日～翌年3月31日となります ご希望の入会年度をお選びください 年会費は入会年度からの請求となります			

推薦者名（現評議員または専門医）

氏名	勤務先名称

以下は事務局記入欄です

会員番号		入会年月日	