

日本透析医学会 施設会員 入会申込書

この度日本透析医学会に施設会員として入会いたしたく、入会の申込みをいたします

年 月 日

記入者 印

施設名称	母体名称（法人名など）		
	フリガナ		
	施設名		
所在地	〒		
Tel		Fax	
Email			
お知らせメール	☐ 要 ☐ 不要 ☒ でお選びください		
施設会員名簿送付先	☐ 代表者 ☐ 連絡者		
代表者※1	フリガナ		所属部・課
連絡者	フリガナ		所属部・課
診療規模	透析ベッド数	(床) ☐ 1シフト ☐ 2シフト ☐ 3シフト	
	診療科	☐ 内科 ☐ 外科 ☐ 小児科 ☐ 泌尿器科 ☐ その他 ()	
	同時透析数※2	(名) 他の血液浄化法を含み同時に施行可能な最大患者数 腹膜透析は除く	
	夜間透析の有無※2 (午後5時以降開始)	☐ 有 ☐ 無	
	最大患者数※2	(名) 同時透析数及びローテーション等から算出される治療可能な慢性血液浄化患者の最大数	
	治療法の範囲	☐ 血液透析 ☐ 腹膜透析 ☐ 腎移植 ☐ 在宅血液透析	
施設会員名簿に代表者名を		☐ 掲載する ☐ 掲載しない	
日本透析医学会 会員サイト内 「施設・賛助会員検索」に施設名を		☐ 掲載する ☐ 掲載しない	

※1： 施設会員の代表者は医師に限りませんが、施設の組織上の代表者を意味するものではありません

※2： 病室への出張透析、ICU等に設置した透析設備等による治療は含みません

学会事務局記入欄		入会年月日	
----------	--	-------	--