E-mail：jshhd@seieig.or.jp　　FAX：023-682-8568

No.

日本在宅血液透析学会　正会員　入会申込書

一般社団法人日本在宅血液透析学会理事長　殿

この度日本在宅血液透析学会に入会致したく、入会の申し込みを致します。

申込日　　年　　月　　日

<table>
<tr><td>フリガナ</td><td></td><td rowspan="2">生年月日</td><td rowspan="2">年　　月　　日</td></tr>
<tr><td>氏名</td><td></td></tr>
<tr><td rowspan="3">勤務先</td><td colspan="2">名称</td><td>所属科（部課）</td></tr>
<tr><td colspan="3">住所　〒</td></tr>
<tr><td>電話番号</td><td colspan="2">FAX 番号</td></tr>
<tr><td>E-mail</td><td colspan="3"></td></tr>
<tr><td rowspan="2">職種</td><td colspan="3">医療施設
☐医師　☐看護師　☐臨床工学技士　☐薬剤師　☐栄養士
☐検査技師　☐社会福祉士　☐事務　☐他（　　）</td></tr>
<tr><td colspan="3">医療施設以外
☐患者　☐患者家族　☐製薬・透析機器関連企業
☐その他（　　）</td></tr>
<tr><td>資料等
送付先</td><td colspan="3">☐勤務先　☐勤務先以外（送付先欄もご記入ください。）</td></tr>
<tr><td rowspan="2">送付先</td><td colspan="3">住所　〒</td></tr>
<tr><td>電話番号</td><td colspan="2">FAX 番号</td></tr>
</table>

・各種ご案内は E-mail を使用していますので必ずご記入ください。

・本会の会計年度は 9 月 1 日～翌年 8 月 31 日です。会費請求は入会年度からとなります。