

No. \_\_\_\_\_

## 一般社団法人日本在宅血液透析学会 施設会員 入会申込書

(記入前に必ず下段の記入上の注意をお読みください)

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施設会員に入会致したく、入会の申し込みを致します。

申込日 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_ 月 \_\_\_\_ 日

施設名	フリガナ		
所在地	〒		
代表者*	フリガナ	所属部・科	
	氏名		
	E-mail		
連絡先 <small>請求書等送付先をご記入下さい。</small>	フリガナ	所属部・科	
	氏名		
	電話番号	FAX 番号	
	E-mail		
施設について	<ul style="list-style-type: none"> <li>・ 外来透析ベッド (有・無)、入院病床 (有・無)</li> <li>・ 新規 HHD 導入 (可・不可)、HHD 患者受け入れ (可・不可)</li> <li>・ HHD 実施患者数 (        人) _____ 年 ____ 月時点</li> <li>・ 学会 HP での施設名・連絡先の公表 (可・不可)</li> </ul>		

※代表者について

- ・ 施設会員の代表者は、必ずしもその施設の組織上の代表者を意味するものではありません。
- ・ 施設会員の代表者は、正会員と同等の資格を得ます。正会員入会申込書の提出、正会員年会費の支払いは必要ありません。
- ・ 施設会員の代表者には、既に正会員になっている方をご指定いただくことも可能です。正会員から施設代表者への変更手続きは事務局で行います。

記入上の注意

- ・ 会員規程をご確認の上お申し込みください。
- ・ 各種ご案内は E-mail を使用しています。E-mail は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。
- ・ 入会申込書の受理後、次回理事会で入会審査が行われます。審査後、連絡先に審査結果と会費請求書を送付いたしますので、年会費のお振込みをお願いいたします。