兵庫県透析従事者研究会入会申込書

ふりがな：

氏　名 ：

生年月日：　　　昭和　　　年　　　月　　　日　　　　　性別　　　男　・　女

自宅住所：　　　〒　　　　　－

e-mail アドレス：

勤務先：

所属部署：

勤務先住所：　　〒　　　　　－

勤務先TEL：

既取得資格：

＊本会の会費は、毎年4月に2,000円を納入するものとする。

＊本会の会計年度は毎年4月1日に始まり、翌年3月31日に終わる。

＊会費請求は入会年度からの請求になります。

この用紙をダウンロードして必要事項を記載後、FAXもしくは下記e-mailアドレスにファイルを添付して送付していただくか、当会が主催する研究会・セミナーの受付にてお渡しください。

会費は、ホームページの振込方法を参照しお支払いいただくか、当会が主催する研究会・セミナーの受付にてお支払いください。

問い合わせ先　　兵庫県透析従事者研究会会計事務局

〒662-0978　　西宮市名産所町12-13　　宮本クリニック内　　　重松　武史

Tel：0798-35-5071　　　FAX：0798-35-6501

　　　　　　　　　　　　　e-mail アドレス：AEI03403@nifty.com

(エーイーアイ03403)