**施設用**

　　北海道透析療法学会入会申込書

北海道透析療法学会

　会長　前野　七門　殿

北海道透析療法学会会則により施設会員として入会致します。

令和　　年　　月　　日

〒

住所

施設名

代表者名

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　印

TEL

FAX

メールアドレス

■公的機関より依頼があった場合の情報提供に同意するか

（施設名・住所・電話番号のみ、公的機関が要する目的のみに使用し第三者に情報は譲渡しないという条件で当学会より公的機関に情報を提供する際に）

□同意する　　　　　　　　　　□同意しない