

令和 年 月 日

入 会 届 (北海道透析療法学会・施設会員)

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いたします。

フリガナ		所属(部・科・課)名
記入者氏名		

施設名	フリガナ
	施設正式名称
所在地	〒 —
電話	Fax
E-mail	@

フリガナ		所属(部・科・課)名
代表者氏名 ※医師に限る		
フリガナ		所属(部・科・課)名
連絡者氏名		

郵便物送付先	<input type="checkbox"/> 代表者 ・ <input type="checkbox"/> 連絡者
--------	---

※希望する送付先に☑をいれてください。

北海道透析療法学会 事務局
FAX 011-590-0789
E-mail : dotosekijimu2026@dotoseki.net