



本会の会計年度は9月1日～翌年8月31日となります。
※会費請求は入会年度からの請求となります。

NPO 法人日本腹膜透析医学会 賛助会員 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)

この度 NPO 法人日本腹膜透析医学会に賛助会員として入会致したく、入会の申し込みを致します。

平成 年 月 日

記入者 _____ 印

会社名称	フリガナ	
所在地	〒	
TEL FAX	()	会誌送付先
	()	<input type="checkbox"/> 代表者宛 <input type="checkbox"/> 連絡者宛
代表者	フリガナ	代表者の所属部課名
	姓 名	
連絡者	フリガナ	連絡者の所属部課名
	姓 名	
	内線 ()	
E-mail :		
営業品目		
週 休	<input type="checkbox"/> 土・日曜日 <input type="checkbox"/> 日曜日 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> その他 ()	

記入上の注意

- 1.会社名、氏名には必ずフリガナを付けて下さい
- 2.営業品目は簡潔にご記入ください

事務局用

No. _____