



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 正会員 入会申込書

この度日本腹膜透析医学会に入会致したく、入会の申し込みを致します。

平成 年 月 日

氏名 _____ 印 _____

フリガナ			生年月日 19 年 月 日	<input type="checkbox"/> 男	
氏名	姓 名	(昭和・平成 年)		<input type="checkbox"/> 女	
勤務先	フリガナ	所属科(部課)名			
	名称				
	所在地〒				
	電話番号 () — 内線 () FAX番号 () — E-mail :	会誌送付先 <input type="checkbox"/> 勤務先 <input type="checkbox"/> 自宅			
職種 IとIIの両方をチェックして下さい。 Iは1項目のみ。	I	II (Iの内訳) 重複も可、その場合には主たるものには×印、他は✓印			
	<input type="checkbox"/> 医療	<input type="checkbox"/> 医師 <input type="checkbox"/> 看護師 <input type="checkbox"/> 臨床工学技士 <input type="checkbox"/> 放射線技師 <input type="checkbox"/> 栄養士 <input type="checkbox"/> ソシアルワーカー <input type="checkbox"/> 検査技師 <input type="checkbox"/> 他 ()			
	<input type="checkbox"/> 教育研究	<input type="checkbox"/> 医学 <input type="checkbox"/> 看護学 <input type="checkbox"/> 社会医学 <input type="checkbox"/> 栄養学 <input type="checkbox"/> 薬学 <input type="checkbox"/> 理工学 <input type="checkbox"/> 他 ()			
	<input type="checkbox"/> 製造販売	<input type="checkbox"/> 製造 <input type="checkbox"/> 販売 <input type="checkbox"/> 輸出入 <input type="checkbox"/> 他 ()			
	<input type="checkbox"/> その他	<input type="checkbox"/> 事務 <input type="checkbox"/> 他 ()			
自宅	住所 〒				
	電話番号 () —				
	FAX番号 () —				
資格	種別	番号	取得 <input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 年 月		
専門科	<input type="checkbox"/> 内科 <input type="checkbox"/> 外科 <input type="checkbox"/> 泌尿器科 <input type="checkbox"/> 小児科 <input type="checkbox"/> 麻酔科 <input type="checkbox"/> 他 ()				
学歴	学校名		学部名	学科名	
	<input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 年 月		<input type="checkbox"/> 卒業	<input type="checkbox"/> 中退	: <input type="checkbox"/> 在学中

事務局用

No. _____