

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 施設会員 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)

この度日本腹膜透析医学会に施設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

施設	母体名称 (法人名など)											
	フリガナ											
	施設名											
所在地	〒											
TEL	()					内線 ()						
FAX	()											
E-mail												
代表者	フリガナ								所属部・科			
	氏名	姓 名										
	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										
会誌送付 氏名 (宛名)	フリガナ							所属部・科・職種				
	姓 名											
診療規模	透析ベッド数 (床) <input type="checkbox"/> 1シフト <input type="checkbox"/> 2シフト <input type="checkbox"/> 3シフト 総病床数 (床)											
	診療科 <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"/> その他 ()											
	研修施設 <input type="checkbox"/> 剖検室 <input type="checkbox"/> 図書室 <input type="checkbox"/> 手術室 <input type="checkbox"/> 研修室 <input type="checkbox"/> その他 ()											
	●現在の CAPD 患者数: _____ 名 ●年間の CAPD 導入数: _____ 名 ●治療法の範囲: <input type="checkbox"/> 慢性血液透析を行っている <input type="checkbox"/> 慢性血液透析を行っていない											

記入上の注意

施設会員の代表者は医師に限りますが、必ずしもその施設の組織上の代表者を意味するものではありません。

施設会員の代表者は正会員とみなしますので、正会員入会申込書の提出は必要ありません。

事務局用

No. _____