

日本腹膜透析医学会入会の手続き

I. 入会申込書

申込書は正会員、施設会員、賛助会員の3種類があります。入会希望の方は、各申込書に必要な事項をご記入の上、医学会事務局に提出下さい。

II. 入会手続き

1. 入会申込書に記入の上、医学会事務局に郵送して下さい。
2. 次回の理事会で審議され、入会可否が決定され入会が承認されると、その旨を申込者に通知します（郵便払込取扱票を同封）。通知を受け取ったならば、早急に年会費を払い込んで下さい。
3. 理事会承認、年会費納入の2つが完了して入会となります。入会年月日は入会申込書の受付年月日が適用されます。

4. 年会費
(1) 正会員 年額 10,000円
(2) 施設会員 年額 30,000円
(3) 名誉会員 0円
(4) 功労会員 0円
(5) 賛助会員 年額1口 100,000円
※施設会員の代表者は正会員とみなす。

III. 記入上の注意

1. 各項目につき、もれなくご記入下さい。
2. 該当する□に✓印をして下さい。フリガナは片仮名でお願いします。
3. 勤務先の名称は略称でなく、正式名称でお願いします。ご面倒でも必ずフリガナを付して下さい。
4. 職種はIとIIに分かれています。
 - 1) Iは、4項目（医療・教育研究・製造販売・その他）のうちの1つを選択して下さい。Iで医療を選択した場合は、他の3項目を選択しないで下さい。その他を選択した場合は、カッコ内にその明細を記入して下さい。
 - 2) IIは、Iの内訳です。例えば、Iで医療を選択した場合には、IIは「□医師～□その他」のうちの該当する□に✓印をして下さい。重複して選択しても構いませんが、その場合は、主たるものに×印をして下さい。
5. 資格の欄は、職種の主たるものにつき国家資格がある場合、その資格の種別、登録番号、資格取得年月を記入して下さい。
6. 学歴は、最終のもの、あるいは現在の職種に最も関連のあるもの1つだけを記入して下さい。専修学校・専門学校も含まれます。
7. 施設会員をお申込の場合は、下記事項についてご記入下さい
●現在のCAPD患者数：_____名
●年間のCAPD導入数：_____名
●治療法の範囲：□慢性血液透析を行っている
□慢性血液透析を行っていない

NPO 日本腹膜透析医学会
法人

〒770-0011 徳島市北佐古一番町 1-39

社会医療法人川島会 川島病院内

TEL:088-631-1755 FAX:050-3730-3065