

# 九州人工透析研究会 変更届

平成 年 月 日

●変更内容(該当するものにチェックしてください。)

施設名

住所

TEL・FAX

連絡者名

施設名	
住所	〒 -
TEL	
FAX	
連絡者名	所属 名前
その他	※当会は施設ごとの入会のみです。 年会費請求については上記連絡者以外への宛先へご希望がありましたらご記入ください。
記入者	

※ お手数ですが、ご記入が済みましたら事務局まで送付、またはFAXにてご連絡くださいますようお願い致します。

九州人工透析研究会事務局

北九州市八幡東区春の町五丁目9番27号

福岡県済生会八幡総合病院 腎センター内

TEL 093-662-5211

FAX 093-671-3823

[メールjinjimusitu@yahoo.co.jp](mailto:メールjinjimusitu@yahoo.co.jp)