

九州人工透析研究会 入会 申込書

平成 年 月 日

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ですが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。

※ ご入会の確認が済みましたら、事務局より規約等を送付致します。

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