申込年月日　　西暦　　　　　　年　　月　　日

**長時間透析研究会　個人年会費（継続）**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| ふりがな | |  | | 生年月日 | 西暦　　　年　　月　　日 |
| 氏　名 | |  | |
| 勤務先 | 名称 |  | | 所属科  （部課） |  |
| 住所 | 〒　　　－ | | | |
| 電話 | （　　　　　）　　　　　　- | | | |
| 職　種 | 医療施設  　医師　　　看護師　　　臨床工学技士　　　薬剤師　　　栄養士  　検査技士　　　その他（　　　　　　　） | | | | |
| 医療施設以外  　患者　　　患者家族　　　製薬関連　　　透析機器関連  　一般企業　　その他（　　　　　　　） | | | | |
| 自　宅 | 住所 | 〒　　　－ | | | |
| 電話 | （　　　　　）　　　　　- | | | |
| eメール | |  | | | |
| 資料・案内等送付先 | | | 勤務先　　　　自宅 | | |

**登録情報に変更・訂正があった場合は、速やかに事務局まで届け出て下さい。**

|  |
| --- |
| 個人年会費2,000円を下記銀行口座へお振り込み下さい。  入金を確認後，領収証を発行します。  振込口座  　銀行名　福岡銀行 唐津支店（店番711）  　普通　1291536  　名義　長時間透析研究会 会長 前田利朗  　　　　　（チョウジカントウセキケンキュウカイ カイチョウ マエダトシロウ） |

FAX        ：　0955-23-3315

E-Mail     ：　[longhdsec@maeda-imari.or.jp](http://192.168.100.3/scripts/cbag/ag.exe?page=MailSend&text=longhdsec@maeda-imari.or.jp)