申込年月日　西暦　　　　　　年　　　月　　　日

**長時間透析研究会　施設年会費（継続）**

|  |  |
| --- | --- |
| ふりがな |  |
| 施設名 |  |
| 施設長名  （または責任者名） |  |
| 住所 | 〒　　　－ |
| 電話番号 | （　　　　　）　　　　　－　　　　　　　（内線　　　　） |
| eメール（施設長または責任者） |  |
| eメール（施設または部課） |  |
| 備考 |  |

**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。**

|  |
| --- |
| 施設年会費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)