

愛知県透析医会会員名簿 個人票（入会申し込み）

記入日： _____ 年 _____ 月 _____ 日

フリガナ (※必須)	
氏名 (※必須)	
役職名 (※必須)	
施設名 (※必須)	
施設住所 (※必須)	〒 _____
施設 TEL (※必須)	(_____) _____
施設 FAX (※必須) <small>※先生のお手元に一番届きやすい番号をお願いします。</small>	(_____) _____
メールアドレス (※必須)	_____ @ _____
自宅住所	〒 _____
自宅 TEL	(_____) _____
携帯番号	

※緊急時を想定したものであり、自宅住所・電話・携帯電話については、公式名簿には記載されず、事務局で保管致します。差し支えない範囲でご協力をお願い致します。

FAXにてお送り下さい。送信先 FAX 番号：(052) 401-5570

愛知県透析医会 事務局

〒452-0961 愛知県清須市春日新堀 33 番地 五条川リハビリテーション病院内

TEL：(052) 401-7272 FAX：(052) 401-5570 mail：info@aichi-toseki.net