

愛知県透析医会 変更届

愛知県透析医会 行

送信先 FAX番号:052-401-5570

申請日： 年 月 日

医療機関名： _____

会員ご氏名： _____

代理申請者： _____

ご連絡先(Tel)： _____

※先生ご本人以外の方が申請される場合ご記入ください。

下記のとおり変更を届け出ます。

変更年月日： 年 月 日

※変更項目に○を付け必要事項ご記入ください。

異 動	現所属施設：
	変更後所属施設：
退 会	退会理由 <input type="checkbox"/> 退職 <input type="checkbox"/> 県外への異動 <input type="checkbox"/> その他（
会員区分変更	<input type="checkbox"/> A会員 から B会員への変更
	<input type="checkbox"/> B会員 から A会員への変更
その他の変更	※変更内容ご記入ください。

※地域医療機関連絡網に係る変更届は災害情報ネットワーク内にございます。

その他連絡事項：

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
Email:info@aichi-toseki.net