送信先FAX：06-6386-1131

管理NO.

透析運動療法研究会　個人会員　入会申込書

透析運動療法研究会 会長 殿

個人会員として、入会の申し込みをします。

申込日　　　　　　　年　　月　　日

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| フリガナ |  | 生年月日 | 年　　　月　　　日 |
| 氏名 |  |
| 勤務先 | 名称 | 所属 | |
| 住所　〒 | | |
| 電話番号 | FAX番号 | |
| E-mail※ | ＠ | | |
| 職種等 | 医療施設関連  医師　　看護師　　臨床工学技士　　理学療法士　　栄養士  健康運動指導士　　他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） | | |
| 研究／教育施設  研究者／指導者　　学生　　他（　　　　　　　　　　　　　　　） | | |
| その他  企業（研究・開発）　　企業（販売）　　患者　　患者家族 | | |
| 自宅 | 住所　〒 | | |
| 電話番号 | FAX番号 | |
| 資料等  送付先 | 自宅　　勤務先 | | |
| 入会年度 | 当研究会の会計年度は、4月1日～翌年3月31日です。  今年度入会希望　　来年度入会希望 | | |
| 〈通信欄〉特記事項があればお書きください。 | | | |

* 当研究会からのご案内は、主にE-mailを使用しますので、アドレスは正確にお書きください。