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。