送信先 FAX：06-6386-1131

管理 NO.

透析運動療法研究会　施設会員　入会申込書

透析運動療法研究会 会長 殿

施設会員として、入会の申し込みをします。

申込日　　年　　月　　日

施設名※1	フリガナ	
所在地	〒	
代表者※2	フリガナ 氏名：	所属
	電話	FAX
	E-mail※3：　　@	
施設の種類	□透析施設　□リハビリ施設　□総合病院 □その他の医療施設（　　）	
透析患者への運動療法の実施状況	□既に運動療法を実施している　□これから運動療法を実施する予定	
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。		

※1. 施設会員の対象は、医療施設とさせていただいています。
同じ法人内で複数の施設がある場合は、それぞれの施設単位でご入会下さい。

※2. 施設会員の代表者は、必ずしも施設の代表者である必要はありません。当研究会からのご案内や資料等を代表者宛にお送りさせていただきます。
施設会員の代表者は、個人会員と同じように正会員の権利を有するものとします。
既に個人会員として登録されている方を施設会員の代表者とされる場合は、事務局へご連絡ください。

※3. 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。