

熊本透析研究会 施設会員入会申込書

(ご記入いただき、事務局まで FAX もしくはe-mailして下さい)

記 入 日	西 暦	年	月	日
ふ り が な				
施 設 会 員 施 設 名				
ふ り が な				
代 表 者 氏 名				
施設会員年会費をご請求させていただきます方のお名前				
代 表 者 役 職				
施 設 住 所	〒 -			
T E L	()	-		
F A X	()	-		
E - m a i l ア ド レ ス	@			
事 務 連 絡 窓 口 担 当 者	部署名	氏名		
各種ご案内・請求書等送付先				

個人会員年会費免除申請	
熊本透析研究会会員のうち 1 名の個人年会費 (5,000 円) の免除を申請される場合は、下記に会員氏名をご記入下さい	
※未入会の方を指定される場合は、個人会員申込書もご添付下さい	
個 人 年 会 費 免 除 会 員 氏 名	

熊本透析研究会事務局

〒860-8556 熊本市中央区本荘1-1-1

熊本大学 腎臓内科内

Tel : 096-373-5164

Fax : 096-366-8458

E-mail:kumamotodialysis@gmail.com

F A X 送信先 : 096-366-8458

メール送信先 : kumamotodialysis@gmail.com