

熊本透析研究会 個人会員入会申込書

(ご記入いただき、事務局まで FAXもしくはメール添付で送信 して下さい)

記入日	西暦 年 月 日
ふりがな	
氏 名	
生 年 月 日	西暦 年 月 日生
所 属 施 設 名	
所属施設または自宅住所 <input type="checkbox"/> 所属施設 <input type="checkbox"/> 自宅	〒
電話番号 (いずれかご記載ください) <input type="checkbox"/> 所属施設 <input type="checkbox"/> 自宅 <input type="checkbox"/> 携帯	() -
E- m a i l ア ド レ ス	@
E- m a i l で の 連 絡	<input type="checkbox"/> 可 <input type="checkbox"/> 不可

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