

本会の会計年度は9月1日～翌年8月31日となります。
 6月～8月に入会の方は、ご希望の入会年度をお選びください。 ☐今年度 ☐来年度
 ※会費請求は入会年度からの請求となります。

NPO 法人 日本HDF研究会 施設会員 入会申込書
 （記入前に必ず下段の記入上の注意をお読みください）

この度 NPO 法人日本 HDF 研究会に施設会員として入会致したく、入会の申し込みを致します。

平成 年 月 日

記入者 _____ 印

施 設	母体名称（法人名など）									
	フリガナ									
	施設名									
所在地	〒									
TEL FAX E-mail	()					内線 ()				
代表者	フリガナ								所属部・科	
	氏名	姓 名								
	資格	種別		番号					取得	☐ 昭和 ☐ 平成 年 月
	専門科	☐ 内科 ☐ 外科 ☐ 泌尿器科 ☐ 小児科 ☐ 麻酔科 ☐ 他 ()								
	学歴	学校名 学部名 学科名								
		☐ 卒業 ☐ 中退 ☐ 在学中			卒業・中退		☐ 昭和 ☐ 平成 年 月			
	会誌送付 氏名 (宛名)	フリガナ							所属部・科・職種	
診療規模	透析ベッド数 (床) ☐ 1シフト ☐ 2シフト ☐ 3シフト 総病床数 (床)									
	診 療 科 ☐ 内科 ☐ 外科 ☐ 泌尿器科 ☐ 小児科 ☐ その他 ()									
	研修施設 ☐ 剖検室 ☐ 図書室 ☐ 手術室 ☐ 研修室 ☐ その他 ()									

記入上の注意
 施設会員の代表者は医師に限りますが、必ずしもその施設の組織上の代表者を意味するものではありません。
 施設会員の代表者は正会員とみなしますので、正会員入会申込書の提出は必要ありません。

----- これより下は記入しないで下さい -----

第1期	第2期	第3期	第4期	第5期	第6期	第7期	第8期	第9期	第10期

No. _____