

申込日 (西暦)				年			月			日
-------------	--	--	--	---	--	--	---	--	--	---

入会 申 込 書

貴会の趣旨に賛同し、日本透析医会会員 1 名の推薦を添えてここに入会を申し込みます。

氏 名	フリガナ (姓)	フリガナ (名)	印	性 別 <input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女								
	生年月日 (西暦)				年 月 日							
E-mail	@											
所属施設名 (正式名称)	フリガナ											
	部 署		職 名									
所属施設 所在地	〒											
	フリガナ											
	都道府県											
TEL	()		FAX	()								
施設規模	<input type="checkbox"/> 病 院	床	<input type="checkbox"/> 有床診療所	床	<input type="checkbox"/> 無床診療所	透析機台数		台				
施設開設年月	西暦		年		月	透析開始年月	西暦		年		月	
開設者形態	1. 個人		<input type="checkbox"/> 個人									
	2. 法人		<input type="checkbox"/> 医療法人			<input type="checkbox"/> 公益法人			<input type="checkbox"/> 私立学校法人		<input type="checkbox"/> 社会福祉法人	
			<input type="checkbox"/> 医療生協			<input type="checkbox"/> 会社			<input type="checkbox"/> その他			
	3. 社会保険関係団体		<input type="checkbox"/> 国民健康保険			<input type="checkbox"/> 健康保険組合及びその連合会						
			<input type="checkbox"/> 共済組合及びその連合会			<input type="checkbox"/> その他						
4. 公的医療機関		<input type="checkbox"/> 都道府県		<input type="checkbox"/> 市区町村		<input type="checkbox"/> 地方行政法人		<input type="checkbox"/> 北海道社会保険事業協会				
		<input type="checkbox"/> 日赤		<input type="checkbox"/> 済生会		<input type="checkbox"/> 厚生連		<input type="checkbox"/> その他				
5. 国		<input type="checkbox"/> 厚生労働省			<input type="checkbox"/> 独立行政法人(国立病院機構)							
		<input type="checkbox"/> 国立大学法人			<input type="checkbox"/> 独立行政法人(労働者健康福祉機構)							
		<input type="checkbox"/> 独立行政法人(地域医療機能推進機構)			<input type="checkbox"/> その他							
勤務形態	<input type="checkbox"/> 管理者 <input type="checkbox"/> 透析部門責任者 <input type="checkbox"/> 勤務医 <input type="checkbox"/> その他 ()											

上記の者を日本透析医会の会員に推薦します。

氏 名 _____ 印 _____ 会員番号 _____

所属施設 _____

※ 事務局使用欄

会員番号	入会日： 年 月 日	会員区分	1 A	2 A	3 A	4 A	B	C
------	------------	------	-----	-----	-----	-----	---	---