(公社)日本透析会 事務局 行 FAX:03-3255-6474

	記入日	————— 年	月	日
--	-----	------------	---	---

変 更 届

会員番号			会員氏名				変更日		年	月	日
	けさせてい	』…』 かただく場合	└───┴	 すので、ご#	 旦当者がいらっし	 ゃいま		載下さい。			
(部署		7676 (2) =		ご担当		, , ,	TEL :		,)
♦ 以下の	該当する	変更項目	1.~5.1	こ☑のうえ	、 <u>変更後の情</u>	<u>報</u> を	ご記載下さ	い。			
] 1. 所属	属施設 (勤	游先)									
+/-	=n. 夕	フリガナ 									
施	設 名										
部	署名						役職				
			 管理者 □	透析部門責	任者						
勤和	务 形 態		勤務医	その他(S IT II)	透析機				台
		₹	_	417 \ 24							
所	在地			都道 府県							
		TEL:		()	F	A X :	()	
E-mai	i I (会員用)				(\widehat{a}					
□ 2 佐製	2夕称 🔻	2+ 1 /1 24	トータの亦画	の担合 + = +	ららにご記載下さ						
_」 ~. 加心 の フリガ		法人化、法	5人名の変更	の場合もこと	りって記載でき	U V _o					
3. 所在	E地(移軸	云、住居:	表示変更	等)※ TEL、	、FAXは変更があ	る場合	rのみ記載し ⁻	てください	,١٥		
₹		_	都道								
			府県								
		TEL:		()	F	A X :	()	
]4. 会員	į								5. 透析	機台数	
		フリガナ									
氏	名										台
E-mai	 l (会員用)			<u>@</u>							
 【送付先・ħ	 明会++生【			 01–0041							
		悉析 医 会 3	東政民	京都千代田区	神田須田町1一						
ム金红団	法人 日本i	四价达宏 =	尹笏向 TEL	: 03-3255-6	6471 FAX: 03-3	255–64	174 E-mail	: info@to	useki-ik	kai.or.jp)