記入日（西暦）	年　月　日

変　更　届

会員番号		会員氏名		変更日（西暦）	年　月　日

◎ お問合せさせていただく場合がございますので、ご担当者がいらっしゃいましたらご記載下さい。

部署：　　ご担当者：　　TEL：

所属施設変更	旧所属施設			
	新所属施設	ﾌﾘｶﾞﾅ		
	部　署		職　名	
	勤務形態（□に✓を記入）	□ 管理者　□ 透析部門責任者 □ 勤務医　□ その他（　　）	透析機台数	台
	所在地	〒　　― 都道府県 ＴＥＬ：　（　　）　ＦＡＸ：　（　　）		
	E-mail	@		

施設名変更	旧名称	
	新名称	ﾌﾘｶﾞﾅ

所在地変更	旧住所	
	新住所	〒　　― 都道府県 ＴＥＬ：　（　　）　ＦＡＸ：　（　　）

会員変更	前会員氏名	
	新会員氏名	ﾌﾘｶﾞﾅ E-mail:　@

透析機台数の変更	旧台数	台
	新台数	台

【送付先・問合せ先】
公益社団法人 日本透析医会 事務局
〒101-0041
東京都千代田区神田須田町1-15-2　淡路建物ビル2階
TEL：03-3255-6471　FAX：03-3255-6474　E-mail：info@touseki-ikai.or.jp