

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
------	--	------------	------	---------------------