（公社）日本透析医会　事務局　行
ＦＡＸ：０３－３２５５－６４７４

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：　　）

◆ 以下の該当する変更項目１.～５.に☑のうえ、変更後の情報をご記載下さい。

□ １.所属施設（勤務先）

施設名	フリガナ		
部署名		役職	
勤務形態	□ 管理者　□ 透析部門責任者 □ 勤務医　□ その他（　　）	透析機	台
所在地	〒　　― 都道府県 ＴＥＬ：　　（　　）　　ＦＡＸ：　　（　　）		
E-mail（会員用）	@		

□ ２.施設名称　※法人化、法人名の変更の場合もこちらにご記載下さい。

フリガナ

□ ３.所在地（移転、住居表示変更等）※ TEL、FAXは変更がある場合のみ記載してください。

〒　　― 都道府県 ＴＥＬ：　　（　　）　　ＦＡＸ：　　（　　）

□ ４.会員

氏名	フリガナ
E-mail（会員用）	@

□ ５.透析機台数

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