（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（個人用）	@		
E-mail（施設用）	@		

☐ **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（個人用）	@
E-mail（施設用）	@

☐ **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