

申込日 (西暦)		年		月		日
-------------	--	---	--	---	--	---

# 入会申込書

貴会の趣旨に賛同し、日本透析医学会会員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) (名)	印	性別	<input type="checkbox"/> 男	<input type="checkbox"/> 女		
			生年月日 (西暦)		年		月

E-mail	(個人用)	@
	(施設用)	@

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学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
------	--	------------	------	---------------------