

# 「日本急性血液浄化学会」入会申込書

必要事項をご記入の上、FAXにて送信ください。

FAX 043-226-2371

年 月 日

フリガナ 氏名			
職種	医師 ・ 臨床工学技士 ・ 看護師 ・ その他	専門	
勤務先名		科名	
勤務先住所	〒 -		
	TEL ( )	FAX ( )	
自宅住所	〒 -		
	TEL ( )	FAX ( )	
会誌等送付先	勤務先 ・ 自宅 ( で囲んで下さい)		