|  |
| --- |
| 事務局記入欄初年度年会費（　　　年度）6000円/3000円納入　済・未（　月　日） |

日本小児腎不全学会入会申込書

|  |  |
| --- | --- |
| 申し込み年月日 | 　　　　年　　　　月　　　　日 |
| ふりがな |  |  性別 | \*男女 |
| 氏 名 |  |
| 生 年 月日 | 西暦　　　　　年　　月　　日 |
| 勤 務 先 | 施設名 |  |
| 科 名(部署名) |  |
| 〒 都道\*　　　　　　　府県電 　話　（　　　　）　　　 -　　　　　　ファクシミリ （　　　　）　　　-　 |
| 自 宅 | 〒 都道\*　　　　　　　府県電話（　　　　）　　　 -　　　　　　　　　ファクシミリ（　　　　）　　　 -　 |
| 職種 | 医師・看護師・臨床工学技士・管理栄養士・薬剤師\*その他（　　　　　　　　　　　）具体的にご記入ください |
| メールアドレス |  |
| 最 終 学 歴 | 卒業校名 |  |
| 卒業年 | 西暦　　　　　　年 |
| 希望通信先 | 勤務先 ・自宅　\* |

　　　\*印の箇所は該当するものを○で囲んで下さい。

その他の箇所はもれなく御記入下さい