

事務局宛 メールまたはファクシミリでご連絡ください。

神奈川県腎研究会入会申込書

神奈川県腎研究会事務局 宛

お名前 ※必須項目	
お名前ふりがな ※必須項目	
職種 (○をしてください) ※必須項目	医師 ・ 看護師 ・ 臨床工学士 ・ リハビリ職 栄養士 ・ MSW ・ 事務 ・ その他 ()
メールアドレス	
施設名／所属部署 ※必須項目	
施設住所 ※必須項目	〒 TEL. FAX.
郵便物送付先 (上記施設住所以外を ご希望の場合)	〒 TEL. FAX.
連絡事項欄	

神奈川県腎研究会事務局

〒213-8587 川崎市高津区梶ヶ谷1-3-1

虎の門病院 分院 腎センター

TEL. : 044-877-5111 (代) FAX. : 044-877-5333

Mail : kanajin@toranomom.gr.jp