

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・研修医・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@toranomon.gr.jp