

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

申込年月日 年 月 日

お名前 ※必須項目	
お名前ふりがな ※必須項目	
生年月日（西暦） <small>※日本透析医学会・日本腎臓学会の各専門医更新の為の 参加証希望時に必要な情報となります</small>	年 月 日
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
〒236-0004 横浜市金沢区福浦3-9
横浜市立大学医学部循環器・腎臓・高血圧内科学
Tel： 045-787-2635（直通）
Fax： 045-701-3738
Mail： kanajin@yokohama-cu.ac.jp