

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 : 045-787-2633 (直通) Fax : 045-701-3738

Mail : kanajin@yokohama-cu.ac.jp