

「腎移植・血管外科研究会」入会申込書

下記の要領に従って入会申込書を御記入の上、腎移植・血管外科研究会事務局までメール又は、FAXにて御返送願います。追って会則、年会費の振り込み用紙をお送りいたします。

《要 領》

枠内に御記入の上御返送ください。

- 1.入会申込書は楷書ではっきりと御記入下さい。
- 2.生年月日、卒業年は西暦で御記入下さい。

《入会申込書、問い合わせ先》

〒143-8541 東京都大田区大森西6-11-1
 東邦大学医学部 腎臓学講座／小児腎臓学講座内
 腎移植・血管外科研究会事務局
 TEL 03-3762-4151 内線6758
 FAX 03-5471-3056
 E-mail rtvs@med.toho-u.ac.jp

腎移植・血管外科研究会入会申込書

会員No.

氏 名		ローマ字	
生年月日	年 月 日	出身校	大学 年卒
勤務先名	所属 科		
住所	〒()		
電話	()	FAX:	()
種別 いずれかに○	<input type="radio"/> 医師会員(年会費8,000円) • <input type="radio"/> 医療スタッフ会員(年会費3,000円)※		
自宅住所	〒()		
電話	()	FAX:	()
E-mail	@		
書類送付先	自宅 ・ 勤務先 (○印をつけて下さい)		