

変更届

FAX : 03-5800-0787

Email : sonota@jsdt.or.jp

年 月 日

会員番号	
------	--

母体名(法人名)	
フリガナ	
施設名	

Email	
お知らせメール	<input type="checkbox"/> 要 <input type="checkbox"/> 不要 <input checked="" type="checkbox"/> でお選びください

所在地	〒 _____		
Tel	_____	Fax	_____

フリガナ	_____	_____
代表者※	_____	_____

※代表者は医師に限りますが、施設の組織上の代表者を意味するものではありません

フリガナ	_____	_____	所属部・科
連絡者	_____	_____	

施設会員名簿送付先	<input type="checkbox"/> 代表者 <input type="checkbox"/> 連絡者 <input checked="" type="checkbox"/> でお選びください
-----------	--------------------------------------------------------------------------------------------------------

同時透析	名	最大透析	名	夜間透析	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無
治療法の範囲	<input type="checkbox"/> 血液透析 <input type="checkbox"/> 腹膜透析 <input type="checkbox"/> 腎移植 <input type="checkbox"/> 在宅血液透析				<input checked="" type="checkbox"/> でお選びください

記入者