

**返信用**

東京都区部災害時透析医療ネットワーク事務局行き TEL:03-5767-7371 FAX : 03-5767-7372

**(正会員・賛助会員) 入会申込書**

(可・否) には Web での公開の可否について○印をお願いいたします。

平成 年 月 日

所属ブロック： 区中央部 ・ 区南部 ・ 区南西部 ・ 区西部 ・ 区西北部 ・ 区東北部 ・ 区東部

施設名： \_\_\_\_\_ (可・否)

代表者名： \_\_\_\_\_ (可・否)

住所：〒 \_\_\_\_\_ (可・否)

電話： \_\_\_\_\_ (可・否) FAX： \_\_\_\_\_ (可・否)

E-mail： \_\_\_\_\_ (可・否) 施設コード： \_\_\_\_\_ (可・否)

施設の Web アドレス： \_\_\_\_\_ (可・否) 同時透析数： \_\_\_\_\_ 名 (可・否)

最大透析患者数： \_\_\_\_\_ 名 (可・否) 夜間透析： 有・無 (可・否) 治療法： 腹膜透析・血液透析・両者 (可・否)

認定施設 (○又は×)： \_\_\_\_\_ (可・否) 教育関連施設 (○又は×)： \_\_\_\_\_ (可・否)

ここに銀行の振込み受取書のコピーを貼付して下さい。