

NPO法人腎臓病臨床経済協議会 施設会員入会申込書

貴学会に入会を申し込みます。

平成 年 月 日

フリガナ	
医療機関名	印
フリガナ	
医療機関代表者名	
フリガナ	
ご担当者名	
電話	
FAX	
E-mail	
<p>・会費は、毎年度30,000円です ・下記の口座に振り込んでください</p> <p>三井住友銀行 千里中央支店 普通預金 1048190 名義 腎臓病の臨床経済に関わる協議会</p>	

- 注) 1.会計年度は4月より翌3月までとなっております。
2.書き漏れのないようお願い致します。
3.入会申込書は下記にお送りください。
4.原則として会員名簿作成の際には医療機関名と代表者名を掲載いたします。

NPO法人腎臓病臨床経済協議会(事務局)

〒162-0812

東京都新宿区西五軒町4-10

電話 03-6265-3634

FAX 03-6265-3635

E-mail info@jhen.jp