**個人会員入会申込書**

　　　年　　　月　　　日

ご所属

所在地　〒

電話

FAX

ご自宅住所　〒

印刷物等の送付先（いずれかに☑してください）

* 勤務先
* ご自宅

大阪透析医会　TEL&FAX：　06-6714-6060

http://www.shirasagi-hp.or.jp/dialysis-osaka.html

e-mail： dialysis-osaka@nifty.com