**施設会員入会申込書**

　　　年　　　月　　　日

所在地　〒

電話

FAX

施設URL　有（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 　　）　・無

施設email　有（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） ・　無

透析ベッド数　　　　　　　　　　　　　　台　　　　透析患者数　　　　　　　　　名

入院設備　有　（　　　　　　　　　　　床）　　　　　　無

メーリングリスト登録

メール管理者およびe-mail addressは1施設２addressまで登録できます。

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | メール管理者 | e-mail address |
| 1 |  |  |
| 医師 □　　　　　　　　　　　非医師　□（　　　　　　　　　　　） | |
| 2 |  |  |
| 医師 □　　　　　　　　　　　非医師　□（　　　　　　　　　　　） | |

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