

NO. _____

特定非営利活動法人

日本腹膜透析医学会 事務局宛

(FAX 050-3730-3065 E-mail office@jspd.jp)

申込日 年 月 日

CAPD 基礎セミナー申込書

■ 2020年9月20日開催予定 CAPD 基礎セミナーに参加したく申込致します。

現地参加 WEB 参加

■ 受講証明書（連携医申請用）

必要 不要

【申込者】

正会員 会員番号	R
施設住所	
施設名	
所属	
ふりがな	
氏名	
E-mail	
テキスト送付先 (施設の場合は不要)	

※携帯アドレスは不可。アドレスのない方は施設の FAX 番号等
連絡方法を別途ご記入ください。

申込み後 7 日以内に参加案内通知がない場合はご連絡頂きますようお願い致します。(電話 088-631-1755)

テキストを送付致しますので必ず事前参加登録をお済ませください。