日本腹膜透析医学会 連携認定医 更新申請書

NPO

法 人

　　　年　　　月　　　日

日本腹膜透析医学会　会員番号（　　　　　　　　　）　氏名

　 　　認定登録番号　　　　　　　　（　第　　　　号 　）

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| フリガナ |  | 生年月日　　　年　　月　　日（昭和・平成　　年） | □ 男□ 女 |
|  |  |
| 氏名 | 姓　　　　　 名 |
| 勤務先 | フリガナ | 所属部署または役職 |
| 名称 |
| 所在地〒 |
| 電話番号 （ 　 ） ―　　　　 　内線（ 　）FAX番号 （　　　 ）　　　 ―E-mail： | 認定証送付先□勤務先　□自宅施設会員（代表者）の方は施設へ送付 |

注）自宅へ送付希望の方は、正会員登録住所へ送付いたします。

□当該認定機関5年のうちに本学会学術集会・総会に2回以上参加している。

|  |
| --- |
| 第　　　　回日本腹膜透析学術集会･総会　　参加 |
| 第　　　　回日本腹膜透析学術集会･総会　　参加 |

※参加証のコピー等を添付してください。