

日本小児体液研究会 入会申込書

NO.

入会日 年 月 日 会費納入【 】

ふりがな	
氏 名	
勤務先・所属科	
勤務先住所	〒
勤務先 TEL	
勤務先 FAX	
自宅住所	〒
自宅 TEL	
自宅 FAX	
E-mail アドレス	
プログラム送付先	()勤務先 ()自宅
備 考	

※プログラムなどの送付先に必ず○印をご記入ください

日本小児体液研究会
 事務局 東京女子医科大学腎臓小児科
 〒162-8666 東京都新宿区河田町 8-1
 TEL: 03-3353-8111 内線 37435
 FAX: 03-3359-4877 (直通)
 E-mail: jsprf@twmu.ac.jp