

# 入会申込書

ふりがな		男	生年月日	大正	年	月	日生
氏名		女		昭和			
住所	〒			電話	( )	—	
病院名				電話	( )	—	
透析開始年月	平成	年	月	日	いずれかに○をつける ・慢性腎疾患 ・糖尿病性腎疾患		
CAPD開始年月	平成	年	月	日	賛 助 会 員		
腎移植手術年月	平成	年	月	日			
(備考欄)							
私は、入会を申し込みます。							
平成 年 月 日							
氏名 (印)							