日本アフェレシス学会関西地方会

 （奈良県立医科大学　腎臓内科学）行

　FAX　0744-23-9913

**日本アフェレシス学会関西地方会 入会申込書【会員登録票】**

**御氏名（漢　　字）：**

**（ふりがな）：**

 **□　Dr.　□　Prof.　□　Mr. □　Ms.**

**御所属：施設名（会社名）：**

**診療科（部署）:**

**住所：〒　　　—**

 **TEL: FAX:
 連絡先E-mail:**

**＊勤務先以外（ご自宅）への郵送をご希望の場合**

**御氏名（漢　　字）：**

**（ふりがな）：**

**御 住 所：〒　　　—**

**TEL: FAX:
 連絡先E-mail:**

**＊＊＊通信欄＊＊＊**