

_____年 _____月 _____日

日本臨床腎移植学会 施設会員変更届

施設名	日本字	フリガナ
	英 字	
所在地	〒	
代表者	日本字	フリガナ
	英 字	
電話番号		
FAX番号		
ホームページ		
担当者	名前	フリガナ
	電話番号	
	FAX番号	
	Email	
送付先	〒	
備考		