

日本臨床腎移植学会 施設会員登録書

_____年 _____月 _____日

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	_____	