

徳島県腎臓病患者連絡協議会入会申込書

<small>ふりがな</small> 氏名		生年月日	明・大 昭・平 年 月 日
住 所	〒 電話		
医療機関名			
透析開始日	人工透析・CAPD・腎移植	昭和・平成	年 月 日
職業(勤め先)			
記 事			
備 考	全腎協 年間1,800円 [月額150円] - 徳腎協 年間4,800円 [月額400円] - その他、腎友会費として施設それぞれに金額を定めています - 会費は + + の合計金額となります。		

徳島県腎臓病患者連絡協議会に加入を申し込みいたします。

平成 年 月 日 氏名 印
