

_____年度 個人入会申込書			
申込日： 年 月 日			
氏 名	フリガナ (性別： 男性 ・ 女性)	病院名	
住 所	〒 _____	会 費	年会費 5,000 円 全腎協 1,800 円 + 愛腎協 3,200 円 (送料含む)
連絡先 (電話番号)	透析日：月水金 ・ 火木土 (朝 ・ 昼 ・ 夜)	活動参加	女性部 ・ 青年部 (50 歳以下) ※参加希望の方は“○”で囲んで下さい
生年月日	西暦 年 月 日	透析導入 年月日	西暦 年 月 日

愛腎協事務局 (提出用)

_____年度 個人入会申込書			
申込日： 年 月 日			
氏 名	フリガナ (性別： 男性 ・ 女性)	病院名	
住 所	〒 _____	会 費	年会費 5,000 円 全腎協 1,800 円 + 愛腎協 3,200 円 (送料含む)
連絡先 (電話番号)	透析日：月水金 ・ 火木土 (朝 ・ 昼 ・ 夜)	活動参加	女性部 ・ 青年部 (50 歳以下) ※参加希望の方は“○”で囲んで下さい
生年月日	西暦 年 月 日	透析導入 年月日	西暦 年 月 日

病院代議員用 (控え用)

(注意) 「氏名」・「透析導入年月日」・「生年月日」は「会員証カード」作成及び毎年行われる「長期透析表彰」の資料となります。
記入がない場合は「会員証カード」が空欄で発行されますので必ず記入してください。

_____様		領 収 書		年 月 日	
¥ _____		★			
但し、年会費として上記正に領収しました。					
一般社団法人 愛知県腎臓病協議会					
病院社員 (代議員)				印	