更　新　申　込　書

公益社団法人日本臓器移植ネットワーク

理　事　長　　　殿

公益社団法人日本臓器移植ネットワークに更新を申し込みます。

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 申　込　日 | 平成　　 年　 　月 　　日 | |
| 病院又はこれに準ずるものの名称 |  | |
| 住　　　所 | 〒 | |
| 電話番号 | （　　　　　） | |
| FAX 番号 | （　　　　　） | |
| 代表者名 | 印 | |
| 社団に更新申請される方が上記代表者と異なる場合は下記にご記入下さい。 | | |
| 代表者名 | 印 | |
| 代表者  職種または地位 |  | |
| 住　　　所 | 〒 | |
| 電話番号 | （　　　　　） | |
| FAX 番号 | （　　　　　） | |
| 正会員種別  （○で囲んで下さい） | 移植施設・HLA検査施設・透析施設・提供病院（救命救急センタ－等）  その他（　　　　　　　　　　） | |
| 備　　　考 |  | |
| 社団記入欄 | 会員番号 | 更新承認日　　　 　年 　月 　日 |