

平成 年 月 日

## 体液・代謝管理研究会入会申込書

フリガナ	
氏名	
所属機関名	
所属部署名	
所属機関住所	〒
連絡先(電話番号)	(内線)
メールアドレス	@
職種 ○をおつけ下さい	・医師 ・臨床検査技師 ・歯科医師 ・看護師 ・薬剤師 ・その他( )
郵便物送付先	〒 <input type="checkbox"/> 所属機関先に送付希望

※年会費:個人会員 5,000円

〒181-8611

東京都三鷹市新川6-20-2  
杏林大学医学部麻酔科学教室内  
体液・代謝管理研究会

TEL 0422-47-5511 内線2410

FAX 0422-43-1504

Mail address taieki@ks.kyorin-u.ac.jp