

日本在宅静脈経腸栄養研究会(JHPEN) 入会申込書(A・B会員用)

貴会の趣旨に賛同し、入会を希望します。

申込日:西暦 _____ 年 _____ 月 _____ 日

	姓				名								
フリガナ													
氏名													
生年月日				年			月		日	性別	男	・	女

連絡先	1. 勤務先	2. 自宅
-----	--------	-------

※年会費や事務局からのご案内の発送先をご指定下さい。

■勤務先情報■

名称													
所在地	〒				-								
	TEL:							(内線:	・直通)	FAX:			
	E-mail:												
職域	A:医師・歯科医師 B:看護師・栄養士・薬剤師・その他()												

■現住所(自宅)情報■

現住所	〒				-							
	TEL:							FAX:				
	E-mail:											

■日本在宅静脈経腸栄養研究会 問い合わせ先

〒565-0871 大阪府吹田市山田丘 2-2
 大阪大学大学院医学系研究科外科学講座小児成育外科学内
 日本在宅静脈経腸栄養研究会事務局
 TEL : 06-6879-3753 FAX : 06-6879-3759
 Mail : JHPEN@pedsurg.med.osaka-u.ac.jp