返信用　　東京都区部災害時透析医療ネットワーク事務局　行　　FAX：03-5767-7372

入会申込書　（ 正会員 ）

（西暦）　　年　　月　　日

所属ブロック	区中央部 ・ 区南部 ・ 区西南部 ・ 区西部 ・ 区西北部 ・ 区東北部 ・ 区東部		
施設コード			
施設名			
代表者名			
住所	〒　　東京都		
電話番号	03-	同時透析数	名
FAX	03-	最大透析患者数	名
メールアドレス1（1）		治療法	腹膜透析 ・ 血液透析 ・ 両者
メールアドレス（2）		夜間透析（○又は×）	
施設のホームページの URL		認定施設（○又は×）	
Web上公開の可否	可 ・ 否	教育関連施設（○又は×）	

web上の公開の可否について

2018年4月より東京都区部災害時透析医療ネットワークのホームページは新しくなりました。

各ブロック（医療圏）ごとに、①施設名　②住所　③電話番号 が掲載されており、施設名をクリックすると施設のホームページにリンクします。

東京都区部災害時透析医療ネットワークのホームページ上に施設名の公表をご希望されない場合、

又は自施設へのホームページサイトにリンクをご希望されない場合は、否に○をつけてください。

こちらに振り込み受領書のコピーを添付して下さい。