

熊本県透析施設協議会入会申込書

熊本県透析施設協議会

会 長 様

今般、貴会の趣旨に賛同し会員2名の推薦を添えてここに入会を申し込みます。

平成 年 月 日

(施設名称)

(施設所在地) 〒

(電話番号)

(FAX 番号)

(メールアドレス)

(氏 名) 印

推薦者氏名

1 印

2 印

※ 会員カードを添付して下さい。

熊本県透析施設協議会（会員カード）

会員番号		平成 年 月 日 現在
フリガナ		
会員氏名		
フリガナ		電話 市外局番 ()
施設名		番号 -
フリガナ		
施設所在地	〒	
フリガナ		
開設者		
フリガナ		
管理医師		
施設 規模	①病院()床 ②有床診療所()床 ③無床診療所	
透析機械台数 ()台	01、なし 02、1～4台 03、5～9台 04、10～14台 05、15～19台 06、20～24台 07、25～29台 08、30～34台 09、35～39台 10、40～44台 11、45～49台 12、50台以上	
施設開設年月	1. 明治 2. 大正 3. 昭和 4. 平成 (年 月)	
透析開始年月	3. 昭和 4. 平成 (年 月)	
施設が更生医療指定	1. 指定施設 2. 非指定施設	
会員が更生医療指定医	1. 指定医 2. 非指定医	
会員が身体障害者福祉法 第15条第1項の指定医	1. 指定医 2. 非指定医	
会 員 区 分	1. 私的医療機関の開設者及び透析部門の責任者 2. 官公立の透析部門の責任者 3. 私的、官公立の勤務医及び同一施設において複数の会員がいる場合	

（該当番号を○で囲んで下さい）

開設者形態	I 個人	I-1 個人	
	II 医療法人	II-1 医療法人	
	III 会社立	III-1 会社立	
	IV 公益法人	IV-1 公益法人	
	V 学校法人	V-1 学校法人	
VI その他の法人	VI-1 その他の法人		
(該当番号を○で囲んで下さい。)	VII 社会保険関係団体	VII-1 社会保険協会連合会 VII-2 船員保険会 VII-3 保険組合及びその連合会 VII-4 共済組合及びその連合会 VII-5 国民健康保険組合及びその連合会	
	VIII 公共医療機関及びこれに準ずるもの	VIII-1 都道府県 VIII-2 市町村 VIII-3 日本赤十字社 VIII-4 済生会 VIII-5 北海道社会事業協会 VIII-6 厚生連	
	IX 国	IX-1 国(厚生省) IX-2 国(文部省) IX-3 国(労働福祉事業団) IX-4 国(その他)	
勤務形態	1. I～II (医療法人・個人)の開設者		
	2. I～II (医療法人・個人)の管理医師又は透析部門責任医師		
	3. I～II (医療法人・個人)の勤務医師		
	4. III (会社立)の開設者		
	5. III (会社立)の管理医師又は透析部門責任医師		
	6. III (会社立)の勤務医師		
	(会員種別)	7. IV～IX (国・公共医療機関・社会保険関係団体・公益法人・学校法人・その他の法人)の開設者	
	(該当番号を○で囲んで下さい。)	8. IV～IX (国・公共医療機関・社会保険関係団体・公益法人・学校法人・その他の法人)の管理医師又は透析部門責任医師	
		9. IV～IX (国・公共医療機関・社会保険関係団体・公益法人・学校法人・その他の法人)の勤務医師	

【平成21年度会費お支払いのお願い】

会 員 各 位

平成21年6月吉日
熊本県透析施設協議会
会 長 上木原 宗一
会 計 成瀬 正浩

年会費のお願い

新緑の候、会員の皆様には益々御健勝のこととお喜び申し上げます。
つきましては平成21年度の会費を請求させていただきますので宜しくお願
い致します。

下記の表をもとにお振り込み頂きますよう宜しくお願い申し上げます。

公立病院：基本年会費 1万円
民間病医院：基本年会費 1万円 + 患者数比率分

* 患者数比率分

1～50人 …… 1万円
51～100人 …… 1万5千円
101～150人 …… 2万円
151～200人 …… 2万5千円
201～250人 …… 3万円
250人以上 …… 3万5千円

【民間病医院の場合】

【例】：患者 80 人の場合

1万円 + 1万5千円 = 2万5千円

【振込先】 肥後銀行 玉名駅前支店 (普通) 670937
熊本県透析施設協議会 会計 成瀬 正浩

尚、振込手数料につきましては会員のご負担にてお願い致します。

注) 民間病医院で銀行に振り込まれる際には病医院名でお願い致します。