

# 福腎協入会申込書

年 月 日

## 患者さん情報

病院名	
患者さんのお名前	(ふりがな)
ご住所	(〒 )
電話番号	
生年月	大正 ・ 昭和 ・ 平成 年 月
透析導入年月	昭和 ・ 平成 ・ 令和 年 月
現在の治療形態 (○印)	1. 血液透析      2. CAPD      3. 移植

※患者さんご本人が活動できない場合、代理人の入会をお願いします。

## 代理人情報

代理人のお名前	(ふりがな)  (続柄 )
ご住所	(〒 )

※個人情報の取り扱いには当会の規程により用途以外に使用いたしません。

福岡県腎臓病患者連絡協議会

TEL:092-713-8020/FAX:092-733-4200 E-mail : fkj@titan.ocn.ne.jp