FAX：0562−93−2013
E-mail：secretariat@aoda.or.jp（担当者：近藤真衣）
AODA 事務局行き（藤田医科大学病院 移植医療支援室内）

入会申込書

□ 正会員

お名前のよみがな	
お名前	
ご住所	〒　　−
勤務先*	
TEL	−　　−
E-mail	@
性別	□　男性　　□　女性
移植医療との関連	□　医療従事者　□　移植者　□　提供者／家族 □　一般　□　その他（　　）

*医療従事者の方は、勤務先をご記入頂きますよう、お願い申し上げます。

□ 施設会員

団体の名称	
お名前のよみがな	
ご担当者の所属とお名前	
ご住所	〒　　−
TEL	−　　−
E-mail	@
移植医療との関連	□　医療関係　　□　その他（　　）

□ 賛助会員

団体・個人の名称	
お名前のよみがな	
ご担当者の所属とお名前	
ご住所	〒　　−
TEL	−　　−
E-mail	@
移植医療との関連	□　医療関係　　□　その他（　　）

ご意見・ご要望があればご記入ください。