**佐賀糖尿病療養指導士会入会申込書**

**FAX番号：0952-34-2561**

申込年月日：　　　　　年　　　月　 日

|  |
| --- |
| 所属する日本糖尿病協会の友の会名もしくは本部会員番号 |
| 口友の会名　　（　　　　　　　　　）  □本部会員番号（　　　　　　　　　） |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| (ふりがな）  氏　名 | ㊞ | 生年月日：　　 　　 年　 　月　 　日  性　　別 ：　 男 　・　 女 |
| 現住所 | 〒 | |
| 電話番号 |  | |
| 勤務先名称  及び部署 |  | |
| 勤務先所在地 | 〒 | 電話/FAX番号 |
| PC e-mail |
| 取得資格  (医療関係） | □　佐賀糖尿病療養指導士　（取得年月日：　　　　年　　月　　日）  □　他の地域糖尿病療養指導士　（取得年月日：　　　　年　　月　　日）  □　日本糖尿病療養指導士　（取得年月日：　　　　年　　月　　日）  □　その他  （　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）（取得年月日：　　　　年　　月　　日） | |
| 希望する郵送先に○をつけてください　　　１．自宅　　　　　２．勤務先 | | |

|  |  |
| --- | --- |
| 事務局使用欄 | 受領年月日　：　（　　　　年　　　月　　　日）  登録番号　： |