

FAX番号 : 0952-34-2561

## 佐賀糖尿病療養指導士会入会申込書

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

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)	<input type="checkbox"/> 佐賀糖尿病療養指導士 (取得年月日： 年 月 日) <input type="checkbox"/> 他の地域糖尿病療養指導士 (取得年月日： 年 月 日) <input type="checkbox"/> 日本糖尿病療養指導士 (取得年月日： 年 月 日) <input type="checkbox"/> 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：