

**NPO法人埼玉利根医療圏糖尿病ネットワーク
(正会員・個人) 入会申込書**

私は貴会の趣旨に賛同して、入会したいので申し込みます。

【申込書記入・扱い】 1.用紙のご記入、内容をご確認の上、用紙を郵送または FAX して下さい。

※印のついた項目は必ず記入をお願いします。

※申込日 (平成 年 月 日) 会員番号：正(個人)No. _____

※フリガナ			
※氏名			
勤務先			
所属			
勤務先住所			
勤務先	TEL ()	FAX ()	
※自宅住所	〒 -		
※自宅電話番号	TEL	FAX	
Eメール	(できるだけ携帯以外の PC 対応アドレスをお願いします)		
生年月日	T・S・H 年 月 日 (才)	男・女	
※正会員入会 (年会費1口5,000円 1口以上)	入会金 2,000円 年会費 (口) (¥) ※総会に出席いただき議決権をもちます。		
資格	日本糖尿病協会登録医： <input type="checkbox"/> あり ・ <input type="checkbox"/> なし 日本糖尿病協会歯科医師登録医： <input type="checkbox"/> あり ・ <input type="checkbox"/> なし 日本糖尿病協会療養指導医： <input type="checkbox"/> あり ・ <input type="checkbox"/> なし 日本糖尿病療養指導士認定： <input type="checkbox"/> あり ・ <input type="checkbox"/> なし		
※職業 箇所に○をお付け ください	医師 ・ 看護師 ・ 准看護師 ・ 管理栄養士 ・ 栄養士 薬剤師 ・ 臨床検査技師 ・ 理学療法士 ・ 保健師 その他 () その他の職業 ()		
経験年数	年		

申込書送付先：NPO法人埼玉利根医療圏糖尿病ネットワーク 事務局 宛

郵送先：〒345-0025 埼玉県北葛飾郡杉戸町清地 2-2-11 Fax 0480-40-1410

埼玉県北葛飾郡杉戸町清地 2-2-11

NPO法人 利根医療圏糖尿病ネットワーク

Tel(fax)0480-40-1410

入会承認 平成 年 月 日理事長