本部会員申込書

（社）日本糖尿病協会

本部会員への入会をご希望の方は下記に必要事項をご記入の上、
（社）日本糖尿病協会までFAXもしくは郵送にてお申し込みください。

貴会の趣旨に賛同し申し込み致します。

フリガナ	
氏名	
住所	〒 都 道 府 県　　市　　区
TEL/FAX	TEL　　FAX （　　）　　（　　）
E-mail	協会からのメールマガジンを 希望する ・ 希望しない
生年月日	T・S・H　　年　　月　　日（　　才）　　男 ・ 女
該当する 箇所に○を お付けください	患者（ 糖尿病　　その他疾病＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿） 医療関係者（ 医師　看護師　管理栄養士　栄養士　薬剤師　検査技師　理学療法士 その他＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿）　その他の職業（＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿）
よろしければ ご記入ください	関係医療機関名 （＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿）
支部活動の 案内	お住まいの担当支部からの支部活動の情報をお送りしてもいいですか？ 要 ・ 不要

＊月刊「糖尿病ライフさかえ」は、ご記入いただいた上記の住所にお送り致します。お間違えのないように正確にご記入ください。
＊ご記入頂きました個人情報は協会で適切に管理し、協会誌及び当協会よりのご連絡書類等を送付する時に使用します。また、発送にかかわる会社以外の第三者への提供、開示などは致しません。

申込み日：平成　　年　　月　　日

FAXの場合は　03-3514-1725

郵送の場合は　〒102-0083 東京都千代田区麹町4-2-1 MK麹町ビル
（社）日本糖尿病協会　日本糖尿病協会事務局