日本糖尿病協会 登録医申請書

私は日本糖尿病協会の会員であり、登録医を申請します。

|  |  |
| --- | --- |
| フリガナ |  |
| 氏名 |  |
| 所属医療機関名 |  |
| 診療科・役職 |  |
| 勤務先住所 | 〒 |
| 勤務先Tel/Fax | ／ |
| 送付先（勤務先以外ご希望の場合） | 〒 |
| 送付先Tel/Fax | ／ |
| E-mail |  |
| 生年月日 | 年 　　　　　　月 　　　　　　日 |
| 医師免許登録番号 |  |
| 日本糖尿病協会  会　員　情　報 | 本部会員の場合は　会員No.：  （会員No.は「さかえ」送付用封筒の宛名ラベルの下にあります。） |
| 友の会の場合は　友の会名： |
| HP での情報開示 （氏名、医療機関情報） | いずれかに〇、もしくは赤字にしてください  承諾　 ・ 　拒否　　・　　部分的に承諾（個人名非公開） |
| 糖尿病患者診療数 | 外来（　　　）人／月　　・　　入院（　　　）人／月 |

申込日：　　　　　　 年 　　　月 　　　日

※登録医の資格は5年毎の更新制です。

※登録医資格の維持には日本糖尿病協会の**会員資格を継続**していただく必要がございます。

※下記の学会の**専門医**の場合は「糖尿病認定医　登録申請書」にてご登録ください。

（日本糖尿病学会, 日本内科学会, 日本内分泌学会, 日本臨床内科医会, 日本病態栄養学会）