

本部会員としての入会をご希望の方は下記に必要事項をご記入の上、
公益社団法人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。

オンラインでも申し込むことができます。
年会費をクレジットカードでお支払いできます。

日本糖尿病協会

検索



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 (さかえ送付先)	〒 _____ 都 道 府 県 _____ 市 _____ 区	
	さかえ送付先が勤務先の場合は 施設名・部署名まで必ずご記入ください	
TEL / FAX	TEL (_____)	FAX (_____)
E-mail		
生年月日	_____ 年 _____ 月 _____ 日 (_____ 歳)	
該当する 箇所に○を お付け下さい	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 保健師 その他 _____) その他の職業 (_____)	
医療関係者の方は ご記入ください	所属医療機関名 (_____)	

※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。お間違のないように正確にご記入ください。
※ご記入いただい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、開示などはいたしません。

申込み日： _____ 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 2-2-4 麹町セントラルビル 8F
公益社団法人 日本糖尿病協会 事務局