

ご入会をご希望の方は下記に必要事項をご記入の上、
JADEC まで FAX もしくは郵送でお申し込みください。

本部会員年会費（4 月～ 3 月）

3,500 円

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。

JADEC

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	糖尿病がある方 その他疾病がある方 _____ 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（ _____）		

※月刊誌「さかえ」は、ご記入いただいた上記の住所にお送りいたします。
お間違えのないように正確にご記入ください。
※ご記入いただいた個人情報は当協会で適切に管理し、会誌および当協会
からのご連絡書類を送付する時に使用します。また、発送に関わる会社
以外の第三者への提供、開示などは致しません。

申込み日： 年 月 日

FAX の場合は

郵送の場合は

03-3514-1725

〒102-0083 東京都千代田区麹町 2-2-4 麹町セントラルビル 8F
JADEC(日本糖尿病協会)事務局