



本部会員申込書(医師用)

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、(公社)日本糖尿病協会までご返送ください。

フリガナ	
氏名	
所属医療機関名	
診療科・役職	
勤務先住所	〒
送付先(勤務先以外ご希望の場合)	〒
Tel/Fax	/
E-mail	
生年月日	年 月 日
医師免許登録番号	
専門医	該当学会名に○を(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)
糖尿病患者診療数	外来()人/月 ・ 入院()人/月

申込日: 年 月 日

※月刊「糖尿病ライフさかえ」はご記入いただいた上記住所にお送り致します。お間違えのないようにご記入ください。

※ご記入いただいた個人情報は協会適切に管理し、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。

※本部会員の年会費(さかえ送料込) :

1年 3,500円、2年一括 6,000円、3年一括 7,500円、5年一括 12,500円

登録医・療養指導医の方は2年以上の会費を一括でお支払いただけますと幸いです。

お申込み後「さかえ」最新号とともに払込用紙をお送りいたします。

申込先 FAX: [03-3514-1725](tel:03-3514-1725) / e-mail: doctor@nittokyo.or.jp