

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	〒
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	
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)	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あります。

※下記の学会の**専門医**の場合は「療養指導医 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)

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