FAX 送信先：０３－３５１４－１７２５

日本糖尿病協会療養指導医証　　発行依頼書

私は、日本糖尿病協会に入会済みにつき、「日本糖尿病協会療養指導医証」の発行を希望します。

支部名	支部
友の会名（友の会 No.）	（　　－　　）
医療機関名	
医師名（フルネーム）	
医療機関住所	〒
医療機関 TEL	
友の会設立年 （日糖協入会年）	昭和・平成　　年
現在の会員数	人（うち、コメディカル　　人）
HP での情報掲載 （氏名、医療機関名、 医療機関住所、TEL）	承諾　・　拒否

記入日　　年　　月　　日

※発行手数料として、3,000 円を申し受けます（日糖協事務局）