

日本糖尿病協会療養指導医証 発行依頼書 (日本糖尿病学会専門医用)

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

お申し込みは cui@nittokyo.or.jp または Fax: 03-3514-1725

フリガナ	
氏名	
所属医療機関名	
〒	
住所	
Tel/Fax	
E-mail	
生年月日	年 月 日
医師免許登録番号	
日本糖尿病学会 専門医番号	
日本糖尿病協会 会 員 情 報	本部会員の場合は 会員No.: <small>「月刊糖尿病ライフさかえ」をビニール封筒にて毎月郵送:宛名の下が会員番号</small>
	支部会員の場合は 支部名:
	友の会の場合は 友の会名(友の会No.):
HP での情報開示 <small>(氏名、医療機関情報)</small>	承諾 ・ 拒否

申込日: 年 月 日

※発行手数料として、3,000 円を申し受けます(証書送付時振込用紙同封)。