

個人会員(医療スタッフ)入会申込書

埼玉県糖尿病相談員(CDEL埼玉)用

申請者ご本人様をご記入ください。

<p>ふりがな 氏名</p>	<p>看護師 薬剤師 検査技師 栄養士 その他 ←○をお付け下さい</p>
<p>ご施設名</p>	
<p>住所 *郵便番号から ご記入ください。</p>	<p>〒</p>
<p>TEL</p>	<p>代表TEL: 所属部署直通TEL:</p>
<p>FAX</p>	
<p>入会日 (記入日)</p>	<p>平成 年 月 日</p>
<p>資料送付先 (さかえ送付先)</p>	<p>〒 どちらかに○→ 自宅 ・ 所属施設</p>
<p>個人連絡方法</p>	
<p>備考</p>	

申込書返送先 〒330-8503 埼玉県さいたま市大宮区天沼町1-847
自治医科大学附属さいたま医療センター内 埼玉県糖尿病協会 事務局
TEL:048-681-0526 毎週金曜日10:00~13:00迄

FAX及び事務局携帯は毎日受け付けております。

FAX:048-681-0527 事務局携帯:080-2382-4630