

茨城県糖尿病療養指導士会 入会申込書

※ 事務局記入欄

ICDE ID No.

令和 年 月 日()

ふりがな		男 ・ 女	大正・昭和・平成・令和			
氏名			年 月 日生 (歳)			
所属 (施設名)				連絡先 所属・自宅		
所属住所	〒 -			TEL - - FAX - -		
職種	・ 看護師 ・ 管理栄養士 ・ 薬剤師 ・ 臨床検査技師			・ 准看護師 ・ 栄養士 ・ 理学療法士 ・ その他()		
自宅住所 <small>※ 連絡先が所属先の場合も、さしつかえなければご記入ください</small>	〒 -			TEL - - FAX - -		

★所持資格

日本糖尿病療養指導士	無 ・ 有 (認定番号)
茨城県糖尿病療養指導士	無 ・ 有 (認定番号)
その他 <small>※認定番号がお分かりになる場合は併せてご記入ください</small>	

【年会費振込み口座】

常陽銀行 見和支店 普通 1306831
茨城県糖尿病療養指導士会 会計 宛

【連絡先】

茨城県糖尿病療養指導士会 事務局
〒311-0113 那珂市中台745-5
(医療法人 健清会 那珂記念クリニック内)
TEL 029-353-2800/FAX 029-270-8602