

茨城県糖尿病療養指導士会
登録変更・退会申込書

(西暦)

年

月

日

ふりがな 申込者氏名			
施設		所属	

〈登録変更〉または〈退会〉のうち、該当する項目にチェック(☑)の上、必要事項を記載してください。

登録変更 (該当項目に詳細を記載)

① 氏名

ふりがな 旧氏名		ふりがな 新氏名	
-------------	--	-------------	--

② 勤務先 (☐送付先)

旧施設		所属	
新施設		所属	
所在地	〒 -		
TEL	- -	FAX	- -

③ 自宅住所 (☐送付先)

新住所	〒 -		
TEL	- -	FAX	- -

④ その他

--

退会

(西暦) 年 月 日をもって茨城県糖尿病療養指導士を退会致します。

提出先:事務局あてに、郵送またはEmail:「dm-ibaraki@kensei-kai.com」、FAX:「029-270-8602」
いずれかの方法でお送りください。