

日本糖尿病協会福岡県支部北九州医療部会申込書

届出日 年 月 日

フリガナ	
氏名	
性別	男 ・ 女
生年月日	西暦 年 月 日
自宅住所	〒 —
自宅電話番号	— —
携帯電話番号	— —
e-mail	
勤務先名	
所属部署	
勤務先住所	〒 —
勤務先電話番号	— —
勤務先 FAX 番号	— —
職業	
CDEJ 資格の有無	有 ・ 無
日糖協HP掲載の可否	可 ・ 不可

年会費 3,500 円 ※年度途中からのお申し込みの方はご連絡ください

会費振込先

ゆうちょ銀行

記号 17410 番号 15962271

他金融機関より振込の場合

店名 七四八(読み:ナナヨンハチ) 店番 748

預金種目 普通

口座番号 1596227

振込先 日糖協 福岡県支部 北九州医療部会

連絡先 北九州医療部会事務局

TEL (093)671-5005(横溝内科クリニック内)

申し込み先

FAX (093)671-5014

※当会は北九州 CDE の会とは異なります。変更等の場合は事務局へご連絡ください。
この用紙の情報は当会の事務処理運営上においてのみ使用致します。他に利用することはありません。