**NPO法人島根糖尿病療養支援機構入会申込書**

申込年月日　平成　　年　　月　　日

ふりがな

氏名　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　**性別（　男　・　女　）**

勤務先

勤務先住所　　〒

勤務先電話　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　FAX

自宅住所　　〒

自宅電話　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　FAX

メールアドレス　　　　　　　　　　　　　　　　　　　（勤務先・自宅）

連絡先希望　　１勤務先　　・　　２自宅

島根県糖尿病療養指導士認定　１．あり（　　－　　　）　　２．なし

日本糖尿病療養指導士認定　　１．あり　　２．なし

職種　　1．医師　2．薬剤師　3．保健師　4．助産師　5．看護師　6．准看護師

7．管理栄養士　8．栄養士　9．臨床検査技師　10．衛生検査技師

11．理学療法士　12．臨床工学技士　13．歯科衛生士

14．その他（　　　　　　　　　　）

会員種別　　１．正会員 この法人の目的に賛同して入会し、活動を推進する**個人**

２．準会員 島根県糖尿病療養指導士制度研修**受講中の者**

３．賛助会員 この法人の事業を賛助するために入会する**団体**

(注）正会員の方は入会金2,000円と年会費3,000円を申込書と同時にお振込お願いします。

振込先（お振込みいただく機関に〇をつけてください）

(　)郵便振替口座：01360-5-85177　特定非営利活動法人　島根糖尿病療養支援機構

(　)ゆうちょ銀行：15380-14463881　特定非営利活動法人　島根糖尿病療養支援機構

(　)山陰合同銀行：益田支店　3627347　特定非営利活動法人　島根糖尿病療養支援機構