

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振込お願いします。

振込先 (お振込みいただく機関に○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