島根糖尿病合同研修会2019受講申込

**送信先：office＠sdmrso.jp**

必要項目（氏名･入会状況・職種･所属施設名・住所･受講希望講座名）を入れたメール送信でも可。

NPO法人島根糖尿病療養支援機構のホームページ（http://www.sdmrso.jp/）から

申込用紙をダウンロードすることもできます。

|  |  |
| --- | --- |
| 氏名 |  |
| 各会入会の有無（該当全てに○） | 三会会員 | NPO法人島根糖尿病療養支援機構 |  |
| 島根県糖尿病療養指導士の会 | 期　　番・　J |
| 糖尿病を考える会 |  |
| 非会員 | 島根県薬剤師会 |  |
| 島根県栄養士会 |  |
| その他 |  |
| 職種（該当に○） | 医師･歯科医師･薬剤師・保健師･看護師･准看護師･助産師管理栄養士･栄養士･臨床検査技師･理学療法士･歯科衛生士その他（　　　　　　　　　　　　） |
| 所属施設名 |  |
| 住所（自宅･職場） | 〒 |
| メールアドレス | ※緊急時に連絡可能なアドレスをご記入ください |
| 受講希望に○ | 講演Ⅰ |  |
| 講演Ⅱ |  |
| ランチョンセミナー |  |
| 講演Ⅲ |  |
| パネルディスカッション |  |

**※**本申込書にていただいた個人情報は、個人情報保護法及び関連法令類に基づき適正に管理･保護し、

目的以外の利用や第三者への情報提供は行いません。

**メール申込優先でお願いします。**

困難な方は、FAX専用番号通話不能（0852-61-0852）で送信してください。

**参加申込締切日　8月2日(金)**

**準備の都合上締切日厳守でお願いします。**