

# 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<br>(該当全てに○) | 三<br>会<br>会<br>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<br>会<br>員  | 島根県薬剤師会           |        |
|                     |  | 島根県栄養士会           |        |
|                     |  | その他               |        |
| 職種<br>(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<br>管理栄養士・栄養士・臨床検査技師・理学療法士・歯科衛生士<br>その他( ) |                   |        |
| 所属施設名               |  |                   |        |
| 住所<br>(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。**