**申込先（事務局）Ｆａｘ：（0852）31-9783**

**「糖尿病を考える会」入会申込書**

申込日　　　　年　　月　　日

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| ﾌﾘｶﾞﾅ氏名 |  | 性別 |
| 男性女性 |
| 生年月日 | 西暦　　　　年　　　月　　　日 |
| 所属先名称 |  |
| 所属先住所 | 〒　　- 　　　　　　　　　　　　　　　　　TEL： - - 　FAX： - - ﾒｰﾙｱﾄﾞﾚｽ： |
| 自宅住所 | 〒　　- 　　　　　　　　　　　　　　　　　TEL： - - 　FAX： - - ﾒｰﾙｱﾄﾞﾚｽ： |
| 資　格 | ※糖尿病療養指導士の方（該当に○）　　　　　　　　日本糖尿病療養指導士・島根県糖尿病療養指導士（　　期） |
| 案内送付先 | ※希望する方に○。　１．所属先　　２．自宅 |

　＜入会申込み先＞

〒690-8506　松江市母衣町200　松江赤十字病院　生活指導室

　　　　「糖尿病を考える会事務局」

　　　　　Ｆａｘ（0852）31-9783　 E-ﾒｰﾙ：seikatsu@matsue.jrc.or.jp

＜年会費について＞

　下記にお振込みいただくか、研修会の会場でお支払いいただきますようお願い致します。

　振込先：郵便局の郵便振替払込書をご利用ください。

口座番号　　01300-2-42660

口座名称　　糖尿病を考える会