NPO法人島根糖尿病療養支援機構　会員登録内容変更届

提出日　(西暦)　　　　　年　　月　　日

|  |  |
| --- | --- |
| ﾌﾘｶﾞﾅ |  |
| 氏名 |  |
| CDE番号 | 日本糖尿病療養指導士　（認定番号　　　　　　） |
| 島根県糖尿病療養指導士（　　　　期　　　　番） |
| 変更のある項目に○印を付け、変更後の内容をご記入下さい。 |
|  | 改姓 | 氏名：　　　　　　　　　　　　　　　　　　　旧姓：　　　　　　　　　　 |
|  | 会員種別の変更（該当に○） | （　　　）【CDEL,CDEJ有資格者】NPO法人島根糖尿病療養支援機構・糖尿病を考える会・島根県糖尿病療養指導士の会（　　　）NPO法人島根糖尿病療養支援機構 |
|  | 医療資格 |  |
|  | ﾒｰﾙｱﾄﾞﾚｽ | （職場・個人）：　　　　　　　　　　　　@ |
|  | **緊急連絡先****電話番号** | 電話番号（携帯・その他　　　　　）： 　　 - 　　 - 　 |
|  | 勤務先 | 名称 |
| 部署名 |
| 〒　　　-　　　 |
| 電話： 　 - 　　 - 　 |
|  | 自宅住所 | 〒　　- |
| 電話番号（固定電話・携帯・その他　　　　）： 　 - 　　 - 　 |
|  | 文書送付先（該当に○） | （　　　）勤務先　　（　　　）自宅 |
|  | **その他****連絡事項** | ※退会の場合は、退会届を提出して下さい。 |

※いただいた情報は会の運営のみに使用します

**変更届は出来るだけ入力フォームから登録してください。(左記QRコード)**

**入力フォームURL：https://forms.gle/jdp6BCBNTuL2Hz2h6**

　　　メールの場合：office@sdmrso.jp　　Faxの場合：0852-61-0852