NPO法人島根糖尿病療養支援機構　入会申込書

申込日　(西暦)　　　　　年　　月　　日

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 入会先  （該当に○）  CDE有資格者は  3会入会となります |  |  |  | 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 |
| 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） | | | |
| 医療資格  （該当に○） | なし、医師・歯科医師・薬剤師・保健師・助産師・看護師・准看護師  管理栄養士・栄養士・理学療法士・作業療法士・言語聴覚士･介護福祉士・介護支援専門員・臨床検査技師・歯科衛生士・その他 | | | |
| ﾌﾘｶﾞﾅ |  | | | |
| 氏名 |  | | | |
| ﾒｰﾙｱﾄﾞﾚｽ | （職場・個人） | | | |
| 緊急連絡電話番号 | 電話番号（携帯・その他　　　　　）： | | | |
| 生年月 | 西暦　　　　年　　　月 | | | |
| 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 | | | |
| ※NPO（考える会、CDEの会を含む）が主催・共催しない研修会の案内を送付する場合があります。　（該当に〇）  　　　　　　（　　　）同意する　　（　　　）同意しない | | | | |

※いただいた情報は会の運営のみに使用します

入会申し込みは出来るだけ申し込み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/c8daQpHR7AaE795D7**

　　　　　メールの場合：[office@sdmrso.jp](mailto:office@sdmrso.jp)　　Faxの場合：0852-61-0852

年会費専用口座　銀行名：山陰合同銀行 島大前支店　店番：100　口座番号：普通　4526627

名義：特定非営利活動法人島根糖尿病療養支援機構　理事　並河整

**振込依頼人は、期　番　氏名を入力のこと　例）1-1シマネハナコ　または　Jシマネハナコ**