

NPO 法人島根糖尿病支援機構 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 法人島根糖尿病支援機構
			糖尿病を考える会
			島根県 CDE 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		
フリガナ			
氏名			
メールアドレス	(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○) () 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/VnDBVxGsWkPYT1ocA>

メールの場合 : office@sdmrso.jp

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