

一般社団法人 日本糖尿病合併症学会 入会申込書

ふりがな			生年月日	西 暦	
氏 名	(印)			年	月 日
ローマ字				男	/ 女
勤務先	住 所	〒			
		TEL:			; FAX:
		E-mail:			
	名 称				
	部科名		役 職		
ご自宅住所	住 所	〒			
		TEL:			; FAX:
連絡・送付先	勤務先		・	自宅	
入会年度	年度より入会 日本糖尿病合併症学会の年度は、9月1日～翌年8月31日となります。				
主な所属学会	1	2	3		
	4	5	6		
職種(○をおつけください) 1. 医師 2. 研究従事者 3. 栄養士 4. 看護師 5. 薬剤師 6. 保健師 7. 臨床(衛生)検査技師 8. その他(具体的にお書き下さい)					

必要事項をご記入の上、メール添付にて下記宛お送りください。

＝一般社団法人 日本糖尿病合併症学会事務局＝

〒480-1195 愛知県長久手市岩作雁又1番地1

愛知医科大学医学部内科学講座 糖尿病内科内

TEL: 0561-63-1682 FAX: 0561-63-1494 E-mail: jsdc@ai-chi-med-u.ac.jp

事務局記入欄

申込書受付日	会費受付日	会費金額
--------	-------	------