

奈良県糖尿病協会 医療スタッフ登録申込書

届出日 20 年 月 日

会員 No					
ふりがな					
氏 名		性別	男 女	生年月日	S H 年 月 日
自宅	住所	〒 —			
	TEL	— —		FAX	— —
勤務先	勤務先名			所属部署	
	住所	〒 —			
	TEL	— —		FAX	— —
E-Mail Address					
職種					
所属分会					
郵便物郵送先		自宅 勤務先 ※どちらか○印で選択			

事務局受理日 20 年 月 日

ご記入後は、郵送又は F A X にて事務局へお送り下さい。
 奈良県糖尿病協会 事務局(奈良県立医科大学 糖尿病・内分泌内科学講座)
 FAX 0744-29-8811