

個人会員入会申込書（患者様）

氏名	
住所	〒
TEL	
FAX	
入会日	平成 年 月 日
資料送付先	〒
個人ご連絡方法	
通院ご施設名	
備考	

申込書返送先 〒330-8503 埼玉県さいたま市大宮区天沼町1-847
自治医科大学附属さいたま医療センター内 埼玉県糖尿病協会 事務局
TEL:048-681-0526 毎週金曜日10:00~13:00迄

FAX及び事務局携帯は毎日受け付けております。

FAX:048-681-0527 事務局携帯:080-2382-4630