

埼玉県糖尿病協会 個人会員 入会申込書(CDEL埼玉用)

氏名 <small>ふりがな</small>	看護師 薬剤師 検査技師 栄養士 その他 ←○をお付け下さい
ご施設名	
住所 <small>*郵便番号から ご記入ください。</small>	〒
TEL	代表TEL:所属直通
FAX	
入会日	西暦 年 月 日
資料送付先 (さかえ送付先)	〒
携帯	
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:080-2382-4630

FAX及び事務局携帯は毎日受け付けております。

FAX:0485-555-3680

* 会員番号については、埼糖協事務局携帯へご連絡ください。 080-2382-4630

* 入力フォームをご希望の方は、saitokyo13-1home@kkf.biglobe.ne.jp へご連絡ください。