

**個人会員(医療スタッフ)入会申込書 (コードNO.13-1)**

ふりがな 氏名	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 *郵便番号から ご記入ください。	〒
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)	〒
個人ご連絡方法	
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