

個人会員(医師)入会申込書 (コードNO.13-1)

| | |
|----------------|----------|
| フリガナ 氏名 | |
| ご施設名 | |
| 住所 | 〒 |
| TEL | |
| FAX | |
| 入会日 | 西暦 年 月 日 |
| 資料送付先 | 〒 |
| 個人ご連絡先 | |
| アドレス | |

* : 上記をご記入の上、送付もしくはFAXにて返送ください。

申込書返送先 〒330-8503 埼玉県さいたま市大宮区天沼町1-847
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 毎週金曜日10:00~13:00迄

自

FAX及び事務局携帯は毎日受け付けております。

FAX: 048-555-3680 事務局携帯: 080-2382-4630

* 医師個人会員証明書については、上記の携帯、または、saitokyo13-1home@kkf.biglobe.ne.jp へご連絡ください。