

## 友の会 入会申込書

友の会名	
施設名	
住 所	〒
TEL	
FAX	
入会日	西暦 年 月 日
友の会 会長氏名	
住所	〒
TEL・FAX	
資料送付先	〒
友の会 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 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:048-555-3680 事務局携帯:080-2382-4630