

埼玉県糖尿病協会 個人会員 入会申込書 (CDEL埼玉用) *

CDEL埼玉の認定を取得希望の方は、こちらの用紙をご利用ください。

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	〒
TEL	
FAX	
入会日	西暦 年 月 日
資料送付先	〒
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:048-555-3680 事務局携帯:080-2382-4630(担当 横田)

* 入力フォームや会員番号 不明な点については、事務局携帯へご連絡ください。