

個人会員（医師）入会申込書（コードNo.13-1）	
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、スキャンし添付（PDF）にて、下記のアドレスへお送りください。

尚、題名は「**医師個人会員申込書**」とご入力ください。

受信後、会費請求書をお送りさせていただきます。

*医師個人会員証明書・糖尿病患者教育証明書につきましては、下記のアドレスへ、ご連絡下さい。

〒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）

tokotokoyattekuru@yahoo.co.jp