

日本くすりと糖尿病学会 登録事項変更届

FAX送信先 / 一般社団法人日本くすりと糖尿病学会事務局 宛

※不備不明な点がございましたら学会事務局までメールにてお問合せ下さい。info@jpbs.or.jp

FAX:03-6267-4555

会員番号	
入会時:漢字氏名	

変更される該当箇所のみご記入して下さい。

変更日	年 月 日より(記載ない場合、到着日となります)
漢字氏名	
ふりがな	
所属機関名 もしくは学校名	
部署名 もしくは学部名	
連絡先	勤務先 ・ 自宅
連絡先住所	住所 〒
	建物名
	所属先部署名
	電話番号
	FAX番号
E-Mail	@
資格	有・無 <input type="checkbox"/> 糖尿病薬物療法認定薬剤師(認定No.)
	有・無 <input type="checkbox"/> 糖尿病薬物療法准認定薬剤師(認定No.)
	有・無 <input type="checkbox"/> 日本糖尿病療養指導士(CDE-J)
	有・無 <input type="checkbox"/> 地域糖尿病療養指導士(L-CDE)地域名()
	有・無 <input type="checkbox"/> その他の認定 ()

資格の申請・受験による変更は提出不要です。

認定・准認定取得者は所属施設が変更した場合は届出を提出して下さい。

郵送による送付もお受けいたします。

事務局記入欄	申込書受付日 20 年 月 日
--------	-----------------