日本くすりと糖尿病学会　入会申込書

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@jpds.or.jp

FAX：03－6740-1762

漢字氏名	
ふりがな	
性別	男 性 ・ 女 性
生年月日	西暦　　年　　月　　日
職種	□病院薬剤師　□薬局薬剤師　□大学・研究所　□学生 □医師　□薬剤師以外の医療従事者（　　） □その他（具体的にお書き下さい）（　　）
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	**無**　□日本糖尿病療養指導士（CDE-J）
	無　□地域糖尿病療養指導士（L-CDE）地域名（　　）
	有　□その他の認定 （日本医療薬学会 認定・指導薬剤師）

注：住所その他記載事項に変更があった場合は、速やかに事務局（ info@jpds.or.jp ）にご連絡下さい。

※年会費振込用紙送付を　□ 希望する　　□ 希望しない

事務局記入欄	申込書受付日　　20　　年　　月　　日