

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

希望入会年度	<input type="checkbox"/> 今年度 <input type="checkbox"/> 翌年度(翌年1月1日以降)
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	<input type="checkbox"/> 病院薬剤師 <input type="checkbox"/> 薬局薬剤師 <input type="checkbox"/> 大学・研究所 <input type="checkbox"/> 学生 <input type="checkbox"/> 医師 <input type="checkbox"/> 薬剤師以外の医療従事者() <input type="checkbox"/> 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	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()

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
--------	-----------------