**『岐阜県CDEネットワーク』入会申込書**

入会申込日（西暦）　20　　年　　月　　日

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| ふりがな | |  | |  | |
| 氏名 | | 姓 | | 名 | |
| 生年月日（西暦）  　　　　　　　　　　　　年　　　　　　　月　　　　　　日　　　　　　　男 ・ 女 | | | | | |
| 職種　（該当に〇）  １．管理栄養士　２．栄養士　３．看護師　４．准看護師　５．検査技師  ６．薬剤師（病院勤務・調剤薬局勤務）　７．理学療法士　８．介護福祉士  ９．歯科衛生士　１０．保健師　１１．その他　　　　　　　　　　　　　　） | | | | | |
| 勤務先 | 勤務先名 | |  | | |
| 所属・部署名 | |  | | |
| 住　　　所 | | **〒** | | |
| TEL | | | FAX | |
| 自　宅 | 住　　　所 | | **〒** | | |
| TEL | | | | FAX |
| 郵送物送付先　（該当に○）　　１．勤務先　　２．自宅 | | | | | |
| E-mail  ■ 日本糖尿病協会 e-learning登録をさせていただきます。（岐阜県CDEネットワーク会員は受講無料）  ■ 岐阜県CDEネットワークからのご連絡に使用させていただきます。  ※ 携帯アドレス（docomo,au,softbank等のキャリアメールアドレス）をご使用の場合は、 「**cde\_gifu@gifu-u.ac.jp**」、「**nittokyo.or.jp**」からのメールが受信できるように設定をお願いいたします。 | | | | | |
| 岐阜県糖尿病協会への所属状況  　　　　（該当に○） １.　所属している　　友の会名（　　　　　　　　　　　会）  ２.　新規につかさ会に入会する | | | | | |
| CDEJ認定番号（お持ちの方のみ**※**）  ※ 入会時CDEJ資格保持者は、入会と同時にCDE岐阜認定証を発行いたします。 | | | | | |

・当申込書はコピーをし、控えとして必ずお手元に保管してください。

・ご記入いただきました個人情報は「岐阜県CDEネットワーク」事務局で適切に管理させていただきます。

・新規に**つかさ会に入会される場合**は、こちらの用紙が入会申込書となります。（後日会費振込用紙を送付いたします。）その他友の会に新規入会の場合は、各友の会にて手続をお願いいたします。

・お問い合わせがございましたら事務局までご連絡下さい。

2020.2.14版