
「つかさ会」入会申込書

申込日 (西暦) 年 月 日

ふりがな

氏名

生年月日 (西暦) 年 月 日
(大正・昭和・平成 年) () 歳

性別 男 ・ 女

電話番号

(あれば FAX)

住所 〒

受診医療機関

主治医

会費納入をもって入会手続きとさせていただきます。会費は所定の入金用紙をご利用ください。

ご記入いただきました個人情報は「日本糖尿病協会」及び「つかさ会」で適切に管理し、第三者への情報開示などはいたしません。

岐阜大学医学部附属病院 糖尿病代謝内科内 つかさ会事務局 TEL&FAX 058-230-6378

(2019.3-)