

日本糖尿病協会登録医申請書

つかさ会入会申込書

記入日：平成 年 月 日

| | |
|--|--|
| 医療施設名 | (病院・医院) |
| 医療施設住所 | 〒 _____ |
| TEL / FAX (※氏名、医療施設名、医療施設住所、 電話番号がホームページに掲載されます) | TEL _____ FAX _____ |
| フリガナ 氏 名 | |
| 医籍登録番号 | |
| E-mail (未記入でも構いません) | |
| 生年月日 | (西暦) 年 月 日 |
| 現在診療している糖尿病患者数 (10人以上、おおよそで結構です) | |
| 日本糖尿病学会 | 専門医である ・ 専門医ではない |
| ホームページでの情報掲載 (※印の掲載です) | 承諾 ・ 拒否 |
| 書類、さかえ送付先住所 | ※ 送付先住所が、上記医療施設住所と異なる場合は下記に記入してください 〒 _____ |

*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、第三者への提供開示などはいたしません。