

日本糖尿病協会登録医申請書

◆日本糖尿病協会登録医を申請する方は下記に必要事項をご記入の上、(社)日本糖尿病協会まで、FAXもしくは郵送にてお申し込み下さい。

日本糖尿病協会登録医を申請いたします。

◆申込み日：平成 年 月 日

| | |
|----------------------------|-------|
| 医療機関名 | |
| フリガナ | |
| 氏名 | |
| 医師免許登録番号 | |
| 住所 | 〒 - |
| TEL/FAX | |
| E-mail | |
| 生年月日 | |
| HPでの情報掲載 (氏名、医療機関名、連絡先) | 承諾 拒否 |
| 糖尿病患者診療数 | 人/月 |

◆ご記入頂きました個人情報には協会にて適切に管理し、登録医証発行及び協会誌等を送付する時に使用します。また、HP掲載を承諾された方以外の情報は、発送にかかわる会社以外の第三者への提供、開示など致しません。

| | |
|-----------------|---------------------|
| 登録料払込受領証 添付欄 | 日糖協会費払込(振込)証 添付欄 |
|-----------------|---------------------|

申込み&問合せ先



社団法人日本糖尿病協会 事務局

〒102-0083 東京都千代田区麹町2-2-4 麹町セントラルビル8階

電話:03-3514-1721 FAX:03-3514-1725

E-mail:office@nittokyo.or.jp