

第8回 西東京CDE研究会総会 お申込用紙

ファックス番号：042-322-7478

ご記入の上、上記ファックス番号にご送信下さい。1週間以内に受講票と払込用紙をお送りいたします。

事前のお申し込みをお願い申し上げます

お申込日	平成21年 月 日
フリガナ お名前	
ご住所	〒
お電話・FAX番号	電話 _____ FAX _____
ご勤務先名	
ご勤務先住所	〒
ご勤務先 電話・FAX番号	電話 _____ FAX _____
ご職種	
西東京臨床糖尿病研究会 会員番号 ※ 非会員の方は非会員に ○をおつけください。	会員番号 _____ 非会員
糖尿病療養指導士について ※取得している資格が有る場 合には、該当する資格に○をつ けてください。	日本糖尿病 療養指導士 西東京糖尿病 療養指導士 No. _____
希望送付先	ご自宅 ・ ご勤務先