

一般社団法人 日本糖尿病学会 入会申込書

[入会申請資格]

- ① あるいは ② のいずれかを満たしていること。
 - ① 6年制の大学卒業、あるいは大学院修士課程修了に相当する学歴を有すること。
 - ② 筆頭者として糖尿病に関する研究発表、論文が1篇以上あること。
- (学会発表、各種研究会での発表、論文を対象とし、院内発表などはこれに当たらない。)

[個人情報取扱いについて] 一般社団法人日本糖尿病学会は、会員に係る個人情報を本会の事業活動のために使用し、それ以外の目的で使用することはありません。申込書を記載された方は上記利用に同意されたものといたします。

フリガナ				生年 月日	西暦 19 年 月 日
氏 名	(印)				
ローマ字					男 / 女
勤務先	名 称				
	部科名	役 職			
	住 所	〒 ()			
自 宅	住 所	〒 ()			
フリガナ					
E-mail	※記入例: 1→イチ 1→エル 9→キユウ(数字) q→キュー(英字) _→アンダーバー -→ハイフン ※携帯電話のアドレスは使用不可				
送付先 (1つに○印)	所属支部 (1つに○印)				
1. 勤務先 2. 自宅	1. 北海道 2. 東北 3. 関東甲信越 4. 中部 5. 近畿 6. 中国・四国 7. 九州				
職種 (○をおつけください)					
1. 医師 2. 栄養士 3. 看護師 4. 薬剤師 5. 保健師 6. 臨床(衛生)検査技師					
7. 運動療法士 8. 理学作業療法士					
9. その他(具体的にお書きください)					
()					
現在の活動分野の興味・仕事の中心となっているテーマを別紙(黄色)より選んでお書きください。 (その他を選んだ方は具体的にお書きください)					
◎活動分野(2つまで)		(1.)		
		(2.)		
◎興味・仕事の中心と		(1.)		
なっているテーマ		(2.)		
(3つまで)		(3.)		

注：住所その他記載事項に変更があった場合は、速やかに学会事務局にご連絡ください。

裏面に続く

〒112-0002 東京都文京区小石川2丁目22-2 和順ビル 2階 一般社団法人 日本糖尿病学会

TEL：03-3815-4364 FAX：03-3815-7985

事務局記入欄

申込書受付日	会費受付日
--------	-------

学 歴	
西暦	年 月 日
	年 月 日
	年 月 日
	年 月 日
	年 月 日
	年 月 日
職 歴	
西暦	年 月 日
	年 月 日
	年 月 日
	年 月 日
	年 月 日
	年 月 日
	年 月 日
	年 月 日

1. 現在の糖尿病に関する診療、療養指導の活動状況についてご記入ください。

--

2. 糖尿病に関する研究発表、業績をご記入ください。(プログラムなどの目次のコピーを添付すること)
(該当事項のない場合も空欄とせず、その旨ご記入ください。)

--

紹介評議員	上記の者は(一社)日本糖尿病学会の入会申請資格を満たしていることを確認し、会員として推薦する。	〔自署〕 (印)
-------	---	----------