

特定非営利活動法人とやま糖尿病療養支援機構

入会申込書

申込年月日 平成 年 月 日

- 氏名 ふ り が な \_\_\_\_\_ 性別（ 男 ・ 女 ）
- 勤務先 \_\_\_\_\_
- 勤務先住所 〒 \_\_\_\_\_
- 勤務先電話 \_\_\_\_\_ FAX \_\_\_\_\_
- 自宅住所 〒 \_\_\_\_\_
- 自宅電話 \_\_\_\_\_ FAX \_\_\_\_\_
- メールアドレス \_\_\_\_\_ （ 勤務先 ・ 自宅 ）
- 連絡先希望 1. 勤務先 2. 自宅
- とやま糖尿病療養指導士認定 1. あり（ \_\_\_\_\_ ） 2. なし
- 日本糖尿病療養指導士認定 1. あり 2. なし
- 職種
 

1. 医師	2. 歯科医師	3. 薬剤師	4. 保健師
5. 助産師	6. 看護師	7. 准看護師	8. 管理栄養士
9. 栄養士	10. 臨床検査技師	11. 理学療法士	12. 臨床心理士
13. 作業療法士	14. 介護福祉士	15. 社会福祉士	16. 言語聴覚士
17. 歯科衛生士	18. 健康運動指導士	19. 視能訓練士	20. 臨床工学技師
21. ケアマネージャー		22. ソーシャルワーカー	
23. その他、医療・介護等に関する認定資格（ _____ ）			
24. その他、医療・介護等に関する業務への従事※（ _____ ）			

※当機構の承認が必要になります。
- 会員種別 （希望される番号に○をつけてください）
  1. 正会員 この法人の目的に賛同して入会し、活動を推進する個人
  2. 賛助会員 この法人の事業を賛助するために入会した個人

(注) 正会員の方は入会金 2,000 円と年会費 3,000 円を、賛助会員の方は入会金 10,000 円と年会費 5,000 円を、申込書と同時にお振込お願いします。

- 振込先  
北陸銀行 呉羽支店 (普) 6060715 特定非営利活動法人 とやま糖尿病療養支援機構 理事長 戸邊一之