

FAX送付先

052-241-4130

※番号を確認してください

愛知県医師会 医療業務部 第2課 行

愛知県糖尿病対策推進会議 学術講演会(令和2年2月29日(土))

参加申込用紙

申込日:令和 年 月 日

ふりがな	
氏名	
職種 ※番号に○印をご記入下さい。	1. 医師 <input type="checkbox"/> 医師会員(地区名) ※名古屋市は区名を記入) <input type="checkbox"/> 非会員・県外会員 2. 歯科医師 3. 薬剤師 4. 看護師・准看護師 5. 保健師 6. 管理栄養士・栄養士 7. 歯科衛生士 8. 製薬メーカー 9. その他()
医籍登録番号 (医師のみ)	
勤務先名	
住所 (受講票送付先) <input type="checkbox"/> 勤務先 <input type="checkbox"/> 自宅 ※該当する方に ✓をお付け下さい。	(〒 -) TEL() - FAX() -

下記の資格をお持ちの方は番号に○印をご記入下さい。

1. 日本糖尿病療養指導士 2. 健康運動指導士 3. 健康運動実践指導者

※定員(250名)を上回る申し込みがあった場合は、抽選とさせていただきますので予めご了承ください。
※受講票(抽選の場合は当落通知)は、開催日の概ね1週間前にお送りいたします。当日は受講票を必ずご持参ください。

※申込締切日:令和2年2月14日(金)