

(申込日)            年    月    日

いわて糖尿病療養指導士  
「(社)日本糖尿病協会会員(友の会)証明書」

記載日	(西暦)	年	月	日	
受講票No.					
フリガナ					
氏名					
生年月日(西暦)	年	月	日	性別	男 ・ 女
職種				所属	
所属施設名					
(社)日本糖尿病協会 員(友の会)	<input type="checkbox"/> ICDE友の会      【※ICDE友の会の方は下記事項は不要です。】 <input type="checkbox"/> その他(名称: _____) _____ )				
<p>※その他の友の会会員の方は、年会費納入証明書(振込用紙、領収書など)を裏面に貼付ください。もしくは、友の会指導医の署名、捺印をいただいでください。</p> <p>なお、年会費納入証明書の<u>コピーは不可</u>といたします。返却はできませんのでご了承ください。</p>					
友の会指導医記入欄	年      月      日 上記の者は本会員であることを証明いたします。  友の会名  指導医名  <div>印</div>				

受理番号:

いわて糖尿病療養指士会