

(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>※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、捺印をいただいてください。</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 印		

受理番号:

いわて糖尿病療養指導士会