沖縄 CDE 会事務局　行
【FAX：098-895-1415　E-mail：ocde.office@okinawa-cde.com】

沖縄 CDEL 認定

認定試験免除者用 入会申込書

申込日：　　年　　月　　日

(フリガナ) 氏　　名	(　　)	男 女	生年月日（西暦） 年　月　日生
自 宅 住 所	〒		TEL： FAX： E-mail：
勤 務 先 名			
勤務先住所	〒		TEL： FAX： E-mail：
職　　種			
免除対象資格	お持ちの資格に〇をつけてください。 日本糖尿病療養指導士（CDEJ）　・　糖尿病看護認定看護師 日本糖尿病学会専門医　・　日本糖尿病協会登録医　・　日本糖尿病協会糖尿病認定医		
認定証・案内状などの希望送付先に〇 1．　勤　務　先　　2．　自　　宅			
日本糖尿病協会 1．本部会員（会員番号：　　－　　－　　）へ 2．友 の 会（友の会名：　　）として 入会済み			

受　領　日	年　　月　　日
入会費納入日 (初年度年会費)	年　　月　　日
≪ 備 考 ≫	

※太枠内の記入をお願い致します。