**沖縄CDEL認定**

**認定試験免除者用 入会申込書**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| （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◯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○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　≫ |  |

申込日：　　　年 　 月　　　　日

※太枠内の記入をお願い致します。