

神戸糖尿病協会

入会申込書

ふりがな 〒
住 所 _____

電話番号 () - _____

ふりがな
氏 名 _____

生年月日 明・大・昭・平 年 (19 年) 月 日

性 別 男 女 _____

ふりがな
職 業 _____

通院病院、医院名 _____

※ご入会希望者や会員の個人情報は、本会事務局にて
個人情報保護法に照らして適切に管理します。

以下、事務局にて記載

会員番号 _____ 入会年月日 _____