

(社) 日本糖尿病協会福岡県支部北九州医療部会申込書

届出日 平成 年 月 日

() 新入会 () 入会継続 どちらかに○をして下さい

FAX 093-671-5014

フリガナ	
氏名	
性別	男 女
生年月日	西暦 年 月 日
自宅住所	〒 -
自宅電話番号	- -
携帯番号 e-mail	
勤務先名	
所属部署	
勤務先住所	〒 -
勤務先電話番号	- -
勤務先 FAX	- -
職業	
CDEJ 資格の有無	有 無

会費振込先

ゆうちょ銀行

記号 17410 番号 15962271

年間費 ¥3000

他金融機関より振込の場合

店名 七四八(読みナナヨンハチ) 店番 748

預金種目 普通預金 口座番号 1596227

振込先 日糖協 福岡県支部 北九州医療部会

この用紙の情報は、当会の事務処理運営上においてのみ使用致します。他に利用することはありません。