

第11回 いわき糖尿病療養指導・看護を考える会 参加申込書

下記フォーマットに必要事項をご記入いただき、事務局宛てにFAXにてお申し込みください。

申込期限:平成28年2月17日(水)

いわき双葉支部事務局(たねだ内科クリニック 担当:名城)宛て

FAX:0246-45-3304 TEL:0246-45-3303(代表)

* 申し込みは先着順となりますので、参加予定の方は必ずお申し込みください。
予定人数を超えて受講できない場合のみ、事務局よりご連絡させていただきます。

* 当日の注意点

- ① 受付は13:30からです。
- ② 会場は、いわき市総合保健福祉センターでございます。

フリガナ		フリガナ	
ご施設名		所属部署	
ご連絡先(TEL)		ご連絡先(FAX)	
フリガナ		職種	日本糖尿病療養指導士 有・無
出席者ご氏名 (代表者)			福島県糖尿病療養指導士 有・無
フリガナ		職種	日本糖尿病療養指導士 有・無
出席者ご氏名			福島県糖尿病療養指導士 有・無
フリガナ		職種	日本糖尿病療養指導士 有・無
出席者ご氏名			福島県糖尿病療養指導士 有・無
フリガナ		職種	日本糖尿病療養指導士 有・無
出席者ご氏名			福島県糖尿病療養指導士 有・無
フリガナ		職種	日本糖尿病療養指導士 有・無
出席者ご氏名			福島県糖尿病療養指導士 有・無