

日糖協・入会申込書

申込み 年 月 日

(公社)日本糖尿病協会 殿

会 の 名 称	
会 長 名	
住 所	〒 TEL

病 院 名	
住 所	〒 TEL FAX

指 導 医 名	
住 所	〒 TEL

事 務 局 住 所 連 絡 者 名	〒 TEL FAX
U R L	http://www.

(病院もしくは会のホームページがあればURLに書き入れてください)

入会年月日 年 月 日

会 員 数 計 名

以上、入会申し込みいたします。

なお、入会月が「月間糖尿病ライフ『さかえ』」の発送開始月となります。

※ FAX不可。下記へ郵送してください。

送り先 〒812-8582 福岡市東区馬出3丁目1-1
九州大学大学院医学研究院病態機能内科学(第二内科)糖尿病研究室
日糖協福岡県支部

関係各位

福岡県糖尿病協会（日本糖尿病協会 福岡県支部）
会長 佐藤雄一

会費及び会員数について

◎ 友の会は患者さん及び家族の方・医療スタッフを含めて5人以上の会員を集めれば、「友の会」を立ち上げることができます。（詳細は日糖協ホームページを）

◎ 会費：2400円/年間（4月～3月）/人

途中入会の場合：200円/月/人

18才未満の方は、600円/年間/人です。

（後日、名簿の提出が必要です。）

請求書・振込用紙は、後日お送りします。

◎ 会員数の増減

* 会員数が減少する場合：会員減少の受付は半期毎にお願いします。

会費が未納時に限り・（4月号～9月号）は、3月30日までに

・（10月号～3月号）は、9月30日までに
福岡県支部へ、ご連絡下さい。

* 会員数が増える場合：受付は随時、可能です。

追加分入金前にご連絡下さい。

* 請求書は、5月以降に送付します。

入金された分は、返金出来ませんのでご了承下さい。（ご注意ください）

* 次年度の会員数の調査書類は2月に送付致します。

提出締切は3月中旬ですので、お早目の調査をお願いいたします。

※ 入会申し込み書は、ご郵送ください。（FAXは不可です。）

※ ご担当者の交替の折は、引き継ぎの程、宜しくお願い致します。

福岡県糖尿病協会（日糖協福岡県支部）事務局：兒島光子

TEL・FAX 092-631-0656