**日本小児・思春期糖尿病学会　正会員入会申込書**

　　申込日（西暦20　　年　　 月 　　日）

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| ふ り が な |  | | | 生年　　　　月日 | 西暦  19 　年 月 　日 | |
| 氏 　名 |  | | |
| ローマ字 |  | | | | | 男 ／ 女 |
| 勤　務　先 | 名　称 | |  |  | | |
| 部科名 | |  | 役職 |  | |
| 住　所 | | 〒  　Tel：　　　　　(　 ) Fax：　　　　　 (　 ) | | | |
| 自　　　宅 | 住　所 | | 〒  　Tel： 　　 ( 　 ) Fax：　　　　　 ( 　 ) | | | |
| メールアドレス | |  | | | | |
| UMIN-ID | | ※UMIN IDをご申告いただくことで本学会の会員専用ページを閲覧いただけます（登録には所定のお時間がかかります。予めご了承ください。）。 | | | | |
| 連絡先  （１つに○印） | | 勤務先　　 　・ 　　　自宅 | | | | |
| 種　別  （１つに○印） | | |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | |  | 正会員 | 医師 | 年会費 8,000円 | |  | メディカルスタッフ | 年会費 3,000円 | |  | 名誉会員 | | 年会費 無料 | | | | | |
| 職　種  （1つに○印） | | 1. 内科医師 2. 小児科医師 3. その他医師（ ）  4. 栄養士 5. 看護師 6. 薬剤師 7. 臨床（衛生）検査技師  8. 運動療法士 9. 保健師・養護教員  10. その他（　　　 　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） | | | | |

【提出方法】必要事項をご記入の上、E-MAIL添付にて下記事務局までご送付ください。

　 【年会費納入方法】入会案内ページをご確認の上、所定の年会費を郵便振替口座へ申込日から１ヶ月以内にご送金ください。

その他、ご不明な点等がございましたら、下記事務局までご連絡ください。

日本小児・思春期糖尿病学会事務局 : 〒604–0835京都市中京区御池通高倉西入ル高宮町219-4F オフィスミモザ内

　 Tel: 075-253-2438　　　E-Mail: jspad@office-mms.jp

　　事務局記入欄

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 申込書受付日 | 会費受付日 | 会員番号 |