**■糖尿病療養指導士兵庫県連合会入会のご案内■**

本会は、兵庫県下の糖尿病療養指導士を中心に、全ての健康・医療専門職の研修・交流の場を提供し、地域医療・患者への更なる貢献を目指します。会員の皆様へはE-Mailによる情報配信を行います。

初年度年会費を下記の口座宛にお振込みの上、振込票のコピーを添えて下記入会申込書を、下記事務局宛に郵便またはFAXにてお送り下さい。年会費の入金をもって入会手続き完了となり、会員証と個人ページのログインＩＤを郵送いたします。

|  |  |
| --- | --- |
| 会費納入方法 | 入会金：なし 　　　年会費：　一般会員 ¥3,000-　年　度：1月1日～12月31日を年度といたします。振込先：**三井住友銀行　神戸営業部 　(普通) 9122825 「糖尿病療養指導士兵庫県連合会」** |
| 会員の継続 | お申し出のない場合、自動継続となります。継続を希望されない方は、年度末(12月20日)までに事務局までご連絡下さい。 なお、２年を超える会費の滞納があった場合、会員資格は喪失いたします。 |
| 住所等変更 | 連合会ホームページから個人ページにログインしていただき、更新することができます。もしくは、事務局までメールかFAXにてご連絡下さい。  |

**●入会申込書／変更届**※太枠内ご記入お願いします

|  |
| --- |
| お申込の内容□糖尿病療養指導士兵庫県連合会への入会を申し込みます□登録内容を変更します。（※該当する欄にチェックしてください。） |
| フリガナ |  | フリガナ |  |
| 姓 |  | 名 |  |
| （※該当する欄にチェックしてください。）業種　□ 医師　　□ 看護師　　□ 准看護師　　 □ 薬剤師　　□ 管理栄養士　　□ 栄養士　　□ 臨床検査技師 □ 理学療法士 □ その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）日本糖尿病療養指導士の資格を　　□ 持っている　　□ 持っていない　 |
| 所属機関名 |  |
| 部署名 |  |
| 勤務先住所 | 〒　　　　-　　　　 |
| 勤務先TEL |  | FAX |  |
| 勤務先E-mail | **※携帯は不可** |
| 自宅住所 | 〒　　　　-　　　　 |
| 自宅TEL |  | FAX |  |
| 自宅E-mail | **※携帯は不可** |
| 書類送付先 | □自宅　　　　　□勤務先 |

※ご登録いただきました個人情報につきましては、当会の運営目的以外での利用は行いません。

※ご不明な点等ございましたら、下記事務局にお問い合わせ下さい。
**糖尿病療養指導士兵庫県連合会事務局**
〒650-0034　神戸市中央区京町８３番地　三宮センチュリービル 3階　㈱プロアクティブ内
TEL：078-332-3703 　FAX：078-332-2506　E-mail: hcde@pac.ne.jp 　（平日9：30～18：00）