

H26 年度（一社）愛臨技糖尿病療養指導士分科会研修会  
— 技師のための糖尿病相談所⑫— 参加申込用紙

郵送先：〒790-0024 松山市春日町 83 番地  
愛媛県立中央病院 検査部 小林知子

A： 郵送での申込み

下記の申込書に必要事項をご記入の上、郵送にて上記郵送先に直接お申込み下さい。受領確認後、電話にてご連絡いたします。連絡がない場合は下記までお電話ください。

愛媛県立中央病院 検査部 小林知子 089-947-1111 内線（4207）

会員番号	
漢字氏名（ふりがな）	
性別	男性                      女性
年齢	
施設名	
所属部署	
施設住所（連絡先）	〒
電話番号	

B： E メールでの申し込み

- 1)会員番号 2)漢字氏名（ふりがな） 3)性別 4)年齢 5)施設名  
6)所属部署 7)施設住所 8)電話番号 9)連絡用 E メールアドレス

以上 1)～9) を列記し下記アドレスへメール送信してください。

Email :tomoko\_kbys@yahoo.co.jp

なお受付確認の返信メールがない場合は下記までお電話ください。

愛媛県立中央病院 検査部 小林知子 089-947-1111 内線（4207）

(H27.2.2 締切)