

# 日本 IDDM ネットワーク 個人会員 入会申込書

年 月 日受付

|                                  |  |  |
|----------------------------------|--|--|
| ふりがな                             |  |  |
| 氏 名                              |  |  |
| 属 性                              | <input type="checkbox"/> 患者( 年生まれ)<br><input type="checkbox"/> 家族(患者は 年生まれ)<br><input type="checkbox"/> 医療従事者(以下の該当する職種を○で<br>【医師 看護師 栄養士 その他( )】<br><input type="checkbox"/> その他( ) |  |
| 性 別                              |  |  |
| 住 所                              | 〒 _____<br>( 県・都・府・道 )   |  |
| 電話番号                             |  |  |
| FAX 番号                           |  |  |
| メールアドレス                          | 携 帯  |  |
|                                  | パソコン   |  |
| 当法人への要望・ご意見などがありましたらご自由にお書きください。 |  |  |