

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) <input type="checkbox"/> 家族(患者は 年生まれ) <input type="checkbox"/> 医療従事者(以下の該当する職種を○で 【医師 看護師 栄養士 その他()】 <input type="checkbox"/> その他()	
性 別		
住 所	〒 _____ (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。		