

愛媛県糖尿病協会入会案内（医療スタッフ用）

事務局 〒791-0295 東温市志津川
愛媛大学大学院医学系研究科糖尿病内科
TEL 080-5667-2786

1. この会は何をするのでしょうか。

「糖尿病」は生涯を通じ適正な治療を続けることが大切です。「糖尿病」について正しく知って、自分で自分の体を守るという心掛けが必要です。そこで、糖尿病に関心ある人々が集まって、お互いに励ましあい講習会や座談会を開き、糖尿病があっても、元気で幸福な生活が送れるようにしようという会です。

2. どんな人達が入会できるのでしょうか。

糖尿病について関心のある医療スタッフが対象者です。

3. 入会方法について

入会の申込書は、愛媛県糖尿病協会事務局に請求ください。

(1) 入会申込書の記入

医療スタッフ専用入会申込書に必要事項を記入後、事務局に送付してください。

(2) 会費について

入会申込書の確認後、事務局より専用振込用紙を送付いたします。

最寄りの郵便局から振り込んでください。手数料無料です。

医療スタッフの方は入会金 **1,000円** が必要です。

会費は4月より翌年の3月までの年会費で **4,700円** です。

(3) 入会の手続きについて

会費の入金確認後、入会の手続きが完了し、「さかえ」の発送が始まります。

4. 継続会費の請求について

毎年3月頃、申請された住所へ継続会費振込用紙を送らせていただきます。継続会費は **4,700円** です。

5. 変更などの手続きについて

住所・連絡先などの変更についてはハガキ、FAX（089-960-5400）、メール（aitoukyou@gmail.com）

などで事務局までお知らせください。メール便で発送のため、住所変更をお伝え頂かないと「さかえ」が届かなくなります。

6. 退会について

退会する場合は事務局へご連絡ください。

途中退会の場合でも、会費の返還はできませんのでご了承ください。

-----切り取り線-----

愛媛県糖尿病協会入会申込書（医療スタッフ用）

申込年月日	平成 年 月 日			
フリガナ		男 ・ 女	生年 月日	明治・大正・昭和・平成 年 月 日生 ()才
氏名				
自宅住所	〒 - (Tel - -)			
職場住所 (施設名)	〒 - () (Tel - -)			
所属		職種	医師・看護師・栄養士・薬剤師・理学療法士 臨床検査技師・保健師・その他()	
備考	(○を記入してください。) さかえの送付先については、(自宅・職場)を希望します。			