

平成 2 1 年度

徳島県糖尿病対策推進講習会（第 1 回）参加申込書

徳島県医師会 FAX 番号 (088) 623-5679

施設名称 _____

FAX 番号 _____

参加者氏名	
出席会場 (該当に○)	徳島県医師会館・阿南医師会中央病院・麻植協同病院
職 種 (該当に○)	徳島県医師会会員の医師・徳島県医師会会員以外の医師・歯科医師・看護師 栄養士・薬剤師・検査技師・理学療法士・保健師・その他 ()
参加者氏名	
出席会場 (該当に○)	徳島県医師会館・阿南医師会中央病院・麻植協同病院
職 種 (該当に○)	徳島県医師会会員の医師・徳島県医師会会員以外の医師・歯科医師・看護師 栄養士・薬剤師・検査技師・理学療法士・保健師・その他 ()
参加者氏名	
出席会場 (該当に○)	徳島県医師会館・阿南医師会中央病院・麻植協同病院
職 種 (該当に○)	徳島県医師会会員の医師・徳島県医師会会員以外の医師・歯科医師・看護師 栄養士・薬剤師・検査技師・理学療法士・保健師・その他 ()
参加者氏名	
出席会場 (該当に○)	徳島県医師会館・阿南医師会中央病院・麻植協同病院
職 種 (該当に○)	徳島県医師会会員の医師・徳島県医師会会員以外の医師・歯科医師・看護師 栄養士・薬剤師・検査技師・理学療法士・保健師・その他 ()

※ この用紙で 4 名までのお申し込みが可能です。足りない場合はコピーしてお使い下さい。

※ 必ず氏名および職種と出席される会場をご記入のうえお申し込みください。