

申し込み用紙

Fax 096-365-5414

熊本県熊本市東区東町4丁目11番1号

熊本県総合保健センター管理棟3階

熊本県糖尿病協会 事務局 宇佐川、岩本行

第9回 Together!,Type1

～今生きている奇跡 インスリンに感謝～

お名前： _____ (ニックネーム： _____) 年齢： _____

所属： 患者 患者・家族 _____

医療従事者 (医師、看護師、薬剤師、管理栄養士、臨床検査技師、その他) _____

教育関係者 行政関係者 その他 (_____) _____

11月14日(月)第1部“血糖変動を読み解く”

ポートハウスで参加 WEB開催あれば参加

12月4日(日)第2部“血糖変動を読み解く”

ポートハウスで参加 WEB開催あれば参加

所属患者会 あり(分会名 _____) なし

熊本県糖尿病協会の会員の方は患者会名をご記入下さい。

ご連絡先

ご住所： _____

TEL(FAX)： _____ E-mail: _____ @ _____

その他ご意見やお尋ねされたいことがございましたら、ご記入下さい。