

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 行

## 第11回 成人発症1型糖尿病“語る会”

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（ \_\_\_\_\_ ）

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。