

大阪糖尿病協会顧問栄養士会入会申込書

病院名	:	指導医師名	:	
病院所在地	:	〒	栄養士数	管理栄養士:
病院TEL	:	年間栄養指導件数	入院:	外来:
病院FAX	:	内糖尿病栄養指導件数	入院:	外来:
病床数	:	栄養士名	〒	住所
栄養部門名称	:			TEL
栄養部門TEL	:			
栄養部門FAX	:			
日本糖尿病学会会員数	:			
日本糖尿病学会認定医	:	有	無	
日本糖尿病学会認定教育施設	:	有	無	
日本栄養士会会員数	:			
大阪糖尿病協会友の会	:	有	無	
友の会年間活動回数	:			

大阪糖尿病協会顧問栄養士会入会後は、当会の事業に積極的に参加し、
糖尿病患者の栄養改善および健康増進に寄与することを約束いたします。

入会申込日 平成 年 月 日

入会申込者氏名

印