

大阪糖尿病協会 顧問検査技師会 入会申込書

入会年月日 _____ 年 _____ 月 _____ 日

氏名 _____

勤務先名 _____

所属 _____

勤務先住所 _____

勤務先電話番号 _____

PCアドレス _____ @ _____

CDEの資格取得 有 年取得 なし

協会スタッフ登録 有 なし

事務局 〒545-0053

大阪市阿倍野区松崎町 1-2-22 大阪鉄道病院 臨床検査室内
大阪糖尿病協会 顧問検査技師会 事務局 TEL 06-6628-2221