熊本県病院薬剤師会

糖尿病療法研究会

「認定試験受験申込書」

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **氏　名** |  | 年齢：  性別： |
| **所属施設名** |  | |
| **所属施設**  **所在地** | **〒　　　　－** | |
| **連絡先**  **（TEL or E-mail）** | **TEL:**  **E-MAIL:** | |

平成25年度 糖尿病療法研究会主催の認定試験を受験いたします

申込み日

平成 年　　　月　　　日

★注意★

・当研究会の研修会にて手渡しで、あるいはメールにて受け付けます。

　dssgaf@yahoo.co.jp

* 申し込みを頂いた方には、受け付けた旨の通知を返信致します。（原則e-mailにて）