

参加申込 FAX 送信票

医療従事者用

催し物 第 12 回若い糖尿病患者さんとのグループミーティング
日 時 2011 年 10 月 2 日(日) 午前 11 時から午後 3 時まで
場 所 ジョンソン・エンド・ジョンソン
ダイアベティスインスティテュート (糖尿病研修センター)

上記の催しへの参加を希望します。

ふりがな			
お名前			
ご施設名 (正式名称)			
ご施設住所	〒	都道府県	
ご連絡先(上記と異なる 場合にご記入下さい)	〒	都道府県	
ご施設電話		ご施設 FAX	
ご所属			
お役職			
職種	医師 看護師 薬剤師 管理栄養士 臨床検査技師 その他 ()		
CDE,認定看護師につ いて	糖尿病療養指導士 (取得済み 今後取得予定 なし)		
	糖尿病看護認定看護師 (取得済み 今後取得予定 なし)		
備考：期待すること、今までの若い糖尿病に対しての経験など自由に記入してください			

送信先 ジョンソン・エンド・ジョンソン(株)ライフスキャン事業部エデュケーション部

FAX 番号 03-4411-7259