社）日本糖尿病教育・看護学会　事務局　御中

FAX: 03-5981-9852　　E-MAIL: g015jaden-support@ml.gakkai.ne.jp

住所: 〒170-0013 東京都豊島区東池袋2-39-2 大住ビル401

　　　　　　　　（株）ガリレオ学会業務情報化センター内

**≪住所等変更届≫**

**旧**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 氏名 |  | | 会員番号 | |  |
| 勤務先 |  | | | | |
| 勤務先住所 | 〒 | | | | |
|  |  | | | | |
|  | TEL | FAX | | E-mail | |
| 自宅住所 | 〒 | | | | |
|  |  | | |  | |
|  | TEL | FAX | | E-mail | |
| 資格 | 該当するものに○、あるいは具体的に記載してください。  ・認定看護師：1.糖尿病看護　2.他⇒具体的に記載（　　　　　　　　　　　　　　）  ・専門看護師：1.慢性疾患看護　2.他⇒具体的に記載（　　　　　　　　　　　　　）  ・日本糖尿病療養指導士 　・日本糖尿病学会糖尿病専門医 | | | | |

**新**

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 変更項目 | 希望送付先　・　氏名　・　勤務先　・　勤務先住所　・　自宅住所 | | | | | | |
| 希望送付先 | いずれかに○をつけてください。　　　　所属（勤務先）　・　自宅 | | | | | | |
| 氏名 |  | | | カナ |  | | |
| 勤務先 |  | | 部課名 | | | | 職位 |
| 勤務先住所 | 〒 | | | | | | |
|  |  | | | | | | |
|  | TEL | FAX | | | | E-mail | |
| 自宅住所 | 〒 | | | | | | |
|  |  | | | | | | |
|  | TEL | FAX | | | | E-mail | |
| 資格 | 該当するものに○、あるいは具体的に記載してください。  ・認定看護師：1.糖尿病看護　2.他⇒具体的に記載（　　　　　　　　　　　　　　）  ・専門看護師：1.慢性疾患看護　2.他⇒具体的に記載（　　　　　　　　　　　　　）  ・日本糖尿病療養指導士 　・日本糖尿病学会糖尿病専門医 | | | | | | |