

# 秋のウォークラリー参加申込書

〆切 10/18 (水)

下記の必要事項に☑ご記入お願い致します。

◆<sup>ふりがな</sup>氏名 \_\_\_\_\_ 男性 女性 年齢 \_\_\_\_\_ 歳

◆生年月日 (傷害保険加入に必要) \_\_\_\_\_ 昭和・平成 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日生

◆自宅電話番号 ( \_\_\_\_\_ ) \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_

◆携帯電話番号 (当日、緊急連絡用として) ( \_\_\_\_\_ ) \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_

◆会員ですか？非会員ですか？

会員 ( 六果会 糖尿病友の会 会名称 \_\_\_\_\_ )  
非会員

◆同伴者 ( \_\_\_\_\_ 名) は？

① <sup>ふりがな</sup>氏名 \_\_\_\_\_ 男性 女性 年齢 \_\_\_\_\_ 歳

↓  
生年月日 (傷害保険加入に必要) \_\_\_\_\_ 昭和・平成 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日生

② <sup>ふりがな</sup>氏名 \_\_\_\_\_ 男性 女性 年齢 \_\_\_\_\_ 歳

↓  
生年月日 (傷害保険加入に必要) \_\_\_\_\_ 昭和・平成 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日生

◆何型糖尿病ですか？ 1型糖尿病 2型糖尿病

◆現在の治療内容は？ インスリン治療 内服治療 その他 ( \_\_\_\_\_ )

◆指示されている食事量  
糖尿病食 ( \_\_\_\_\_ ) 単位 または ( \_\_\_\_\_ ) kcal または ( \_\_\_\_\_ )

◆現在の受診施設 (医療機関名 \_\_\_\_\_ )

◆医療関係者の場合 (医療機関名 \_\_\_\_\_ 職種 \_\_\_\_\_ )

申込み先・・・那賀病院 1階 2ブロック内科外来 または FAX 0736-78-3373