

## 秋のウォークラリー参加申込書

〆切 11/15（金）

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 \_\_\_\_\_ 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 \_\_\_\_\_ 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 \_\_\_\_\_ 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