

春のウォークラリー参加申込書

〆切 5/11 (金)

下記の必要事項に☑ご記入お願い致します。

◆^{ふりがな}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 (800 円)

(□六果会 □糖尿病友の会 会名称 _____)

↳ 同伴者 ^{ふりがな}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

□非会員 (1,500 円)

◆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)