

秋のウォークラリー参加申込書

〆切 11/7 (月)

FAX 申込先 : 0736-78-3373 (六果会事務局)

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 (六果会 糖尿病友の会 会名称 _____)

↳ ふりがな 同伴者 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

お帰りは

JR 打田駅 (那賀病院) まで JR 下井阪駅まで その他 (_____)

非会員

◆ 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 (_____)

◆ お帰りは
 JR 打田駅 (那賀病院) まで JR 下井阪駅まで その他 (_____)

◆ 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 _____)