

送り先：〒185-0012 東京都国分寺市本町 2-23-5 ライネ込山 No.3-802 号

臨床糖尿病支援ネットワーク 事務局

TEL042-322-7468 FAX042-322-7478

## 変更届出書兼再発行依頼書（非会員認定者専用）

変更箇所の項目をご記入の上、FAX または郵送にてご返送ください。※は必須項目です

フリガナ ※認定者氏名		旧姓（変更の場合のみ）	
※認定番号	L		
新勤務先名			
新勤務先住所	〒		
新勤務先 電話番号		新勤務先 FAX 番号	
旧勤務先名			
新自宅住所	〒		
新自宅電話		新自宅 FAX 番号	
旧住所	〒		
メールアドレス			
ご希望連絡先	勤務先 ・ ご自宅		

再発行をご希望の方のみ以下にチェックまたはご記入ください。

以下の再発行を希望いたします。

再発行の理由（丸で囲むか、ご記入ください）

・ 結 婚 ・ その他（ ）

尚、結婚による改姓の場合は認定証、認定カード、会員証のみ無料で再発行させていただきます。

西東京糖尿病療養指導士 認定証（1枚 1,000円）

西東京糖尿病療養指導士 認定カード（1枚 1,000円）

西東京糖尿病療養指導士 認定バッジ（1個 1,000円）

\*後日請求書をお送りさせていただきますのでお払込み希望のコンビニエンスストアをお選びください。

<input type="checkbox"/>	ローソン	<input type="checkbox"/>	ファミリーマート	<input type="checkbox"/>	サンクス	<input type="checkbox"/>	サークルK
<input type="checkbox"/>	ミニストップ	<input type="checkbox"/>	デイリーヤマザキ	<input type="checkbox"/>	セイコーマート	<input type="checkbox"/>	スリーエフ

事務局使用欄	
受付日	