

臨床糖尿病支援ネットワーク 事務局宛

再発行依頼書

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

※必ず事前にマイページより登録情報を変更してからご依頼ください。

必要事項をご記入の上、FAX または郵送にてご返送ください。

日付： 年 月 日

| | | |
|-----------------------------|------|--------------|
| 会員氏名 <small>ふりがな</small> | | 旧姓 (変更の場合のみ) |
| 会員番号 | 認定番号 | L |

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)
- 臨床糖尿病支援ネットワーク 会員証 (1枚 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 | | 発注日 | | 発送日 | |
|--------|-----|--|-----|--|-----|--|