FAX　042-322-7478

一般社団法人臨床糖尿病支援ネットワーク　行

糖尿病災害時サバイバルマニュアル（第2版）　依頼書

会員番号					当法人の会員様はご記入ください。
ふりがな					
ご芳名					
ご所属名					
部署名					
お送り先	〒　　－				
TEL					
FAX					
e-mail	＠				
必要部数					
使用用途	（　　）外来で患者に配布する （　　）院内の糖尿病教室において配布する ※原則無料とする。但し、送料はご依頼者負担となります。				
	（　　）市民患者向け講演会で配布する （　　）研修会・セミナーにおいて配布する ※原則有料（1冊300円）とする。 ※無料での提供を要望される方は、開催要領等、内容が分かる資料を一緒にお送りください。公共性を含めて検討いたします。				
	（　　）その他　※以下に具体的な内容を記載ください。				

【お願い】

当該マニュアルの継続的な配布を検討した結果、**上記のようにその一部を有料化すると共に送料をご依頼者負担に変更**させていただくことになりました。

この点ご理解の上ご依頼くださいますよう、宜しくお願い申し上げます。