

秋のウォークラリー参加申込書

※切 10/18 (水)

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 _____)
 非会員

◆ 同伴者 (_____ 名) は?

① 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

② 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

◆ 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