

申し込みFAX番号 099-275-6479

1型糖尿病セミナー 参加申し込み票

※下記項目情報を必ず記載の上、お申し込みください。

| | |
|---|---|
| 名前・年齢 | (歳) |
| 参加人数 | 本人含め(大人)名・(小学生以下)名 |
| 該当するものに○をしてください | 患者 ・ 家族 ・ 医師 ・ コメディカル(職種) |
| グループディスカッション 第1希望のグループには①、第2希望のグループには②と記載してください。※グループ希望者人数が少ない場合は、他のグループに振り分けさせていただきます。 | インスリンポンプ・SAP () 食事(食事全般・カーボカウント()) 血糖測定器・インスリン注入器() フリーディスカッション 小児期発症() 成人期発症() 家族() |
| 連絡先 連絡先(電話番号かメールアドレス)を必ず記載してください。 | mail : tel : |
| | 連絡宛 本人 ・ その他() |

【お申し込みはFAXまたはメールにてお願いします】

鹿児島1型糖尿病セミナー事務局行

(鹿児島大学大学院 医歯学総合研究科 糖尿病・内分泌内科学)

FAX: 099-275-6479 TEL: 099-275-6478

E-mail: dmen6478@m3.kufm.kagoshima-u.ac.jp

※受付完了のご案内はございません。当日、会場にて受付確認をいたします。

会場のご案内



鹿児島大学医学部 鶴陵会館
 鹿児島市桜ヶ丘8-35-1
 (鹿児島大学病院敷地内)
 TEL 099-275-5111

- 敷地内駐車場(Bゲート)をご利用できます。
- ご利用の際は、駐車券を会場にお持ちください(駐車料金不要)。
- **会場内は飲食可能です。低血糖時の補食などは、各自でご用意ください。**

ご提供いただきました個人情報は、以下の目的で利用させていただきます。
 利用目的: 参加人数を把握して円滑に会場設営・誘導を行う為、ご提供いただきました個人情報を法令に従い、厳重に管理いたします。