　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　申請日　　　　　年　　　月　　　日

日本糖尿病眼学会

理事長　瓶井　資弘　殿

【申請者（申請代行者）】

社名（団体名）：●●●●株式会社

担当者：●●●

住所：

電話番号：

E-mail:

**手帳提供依頼申請書**

この度、日本糖尿病眼学会の「糖尿病眼手帳」の提供依頼を以下の通り申請いたします。

**【利用者】**

|  |  |
| --- | --- |
| 社名（団体名） |  |
| 担当者名 |  |
| 住所 | 〒（　　　－　　　　） |
| 電話番号 |  |
| メールアドレス |  |
| 手帳送付先住所 | １）上記と同じ　２）上記と違う場合は備考にご記入ください。 |

**【利用目的】**

|  |  |
| --- | --- |
| 会議名称 |  |
| 会議開催日（配布日） |  |
| 会場名 |  |
| 手帳依頼部数 |  |
| 出席者数 |  |
| 配布対象者 |  |
| 会議プログラム | 会議プログラムを添付してください。 |
| 手帳送付希望日 | ＊発送には承認から10日程かかる場合がありますご了承ください。 |

【その他備考】＊その他何かご要望などがございましたら、ご記入ください。

【転載許可証送付先・お問合せ先】

日本糖尿病眼学会事務局

〒541-0056大阪市中央区久太郎町2-1-25 JTBビル8階

株式会社ＪＴＢコミュニケーションデザイン　事業共創部　コンベンション第二事業局内

TEL:06-4964-8869 　FAX:06-4964-8804 　E-mail:jsod@jtbcom.co.jp