

# かがわ糖尿病療養指導士【

# 年度】

## 認定申請書 No. 1

記入日 年 月 日

ふりがな			性別	生年月日（西暦）	
氏名			男・女	年 月 日生	
自宅	(ふりがな) 住所	〒			
	電話番号				
	E-mail	@			
勤務先	勤務先名				
	(ふりがな) 住所	〒			
	電話番号				
	E-mail	@			
職種 (主たるものに1つ○を)	看護師 ・ 准看護師 ・ 薬剤師 ・ 管理栄養士 ・ 栄養士 理学療法士 ・ 歯科衛生士 ・ 臨床検査技師 ・ 保健師 医療事務 ・ その他（ ）				
郵便物送付先 (いずれかに○を)	自宅 ・ 勤務先				
日本糖尿病協会 (いずれかに○を)	香川県スタッフ会 ・ 本部会員 ・ 友の会（ ）				
かがわ糖尿病療養指導士認定を希望する理由					

事務局 記入欄	受領日	受付番号	研修単位	備考	認定番号