

第17回福島県糖尿病療養指導士会 講習会受講申込書

ふりがな				
氏 名			性別	男 ・ 女
生年月日	西暦	年 月 日 生 (歳)	職種	
【 自 宅 】				
	〒 —			
住所				
TEL / FAX	TEL	— —	FAX	— —
メールアドレス	@			
【 所 属 先 】				
所属先				
	〒 —			
住所				
TEL / FAX	TEL	— —	FAX	— —
【 最 終 学 歴 ・ 職 歴 (現職の就職年月も記入してください) 】				
年	月	学 歴 ・ 職 歴		

個人情報の利用目的・取り扱いについて

- ・電子メール・郵送等により、当会からの案内をするため。
- ・上記の利用目的にのみ使用し、第三者に提供することはありません。
- ・個人情報の取り扱いに関するお問い合わせにつきましては、下記までご連絡ください。

【お問い合わせ先】 福島県糖尿病療養指導士会事務局 担当: 柴田康孝

メール: jimukyoku@fukushimalcde.jp 電話番号: 080-4861-9571

※【 事務局記入欄 】

受付番号	認定委員長印	事務局確認印

【免 許 ・ 資 格 等】			
年	月	免 許 ・ 資 格	番号

糖尿病看護認定看護師	有 ・ 無	認定期間：	年	月～	年	月
日本糖尿病療養指導士	有 ・ 無	認定期間：	年	月～	年	月
他県の地域糖尿病療養指導士	有 ・ 無	認定期間：	年	月～	年	月

JADEC（日本糖尿病協会） 入会状況の確認	☐ 入会	☐ 未入会
---------------------------	-----------------------------	------------------------------

受講動機(必ずご記入ください)