

第12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			性別	男 ・ 女		
氏 名	Ⓜ					
生年月日	年	月	日生 (満 歳)	職種		
【 自 宅 】						
ふりがな	〒 —					
住所						
TEL / FAX	TEL	—	—	FAX	—	—
【 所 属 先 】						
ふりがな						
所属先名						
ふりがな	〒 —					
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				
【 免 許 ・ 資 格 等 】						
年	月	免 許 ・ 資 格	番 号			
日本糖尿病療養指導士	有 ・ 無		【	】年取得		

※【 事務局記入欄 】

受付番号	認定委員長印	事務局確認印

受講動機(必ずご記入ください)

受講希望日(該当する日程すべてにチェックしてください)

6月30日(日)

7月21日(日)

8月18日(日)

※ 認定試験の受験条件として、受講日数(3回分)が必要となりますのでご注意ください。
詳細は、第12回福島県糖尿病療養指導士会講習会受講者募集要項をご確認ください。