

提出先 〒783-8505 南国市岡豊町小蓮
高知大学医学部 内分泌代謝・腎臓内科学内
高知県糖尿病療養指導士認定機構 事務局
FAX : 088-880-2344

高知県糖尿病療養指導士 変更届

申請日 年 月 日

(認定番号:)

※変更のあった項目に○をつけ、変更内容を記入してください。

	ふりがな	
	氏名	
	勤務先	
	勤務先住所	〒
	勤務先電話番号	
	自宅住所	〒
	自宅電話番号	
	備考欄	※追記する事項があればご記入ください。

認定証	(カードの再発行) 希望する / 希望しない
-----	------------------------

※事務局まで速やかに、FAX または郵送にてお送りください。