

高知県糖尿病療養指導士認定機構  
基礎講習会（必須単位代用） 受講申込書

※ 希望日に、○をつけてください。

2024年12月1日（日）	前編	
2024年12月1日（日）	後編	

※各部2単位、最大4単位の単位が取得できます。

ふりがな	
氏名	
認定番号	
勤務先	
職種	
勤務先 住所	〒
勤務先電話番号	
自宅住所	〒
自宅電話番号	

受講票送り先                      自宅                      ・                      勤務先

(どちらかに○をつけてください)

※受講申込書は、振込の際に発行される受領書のコピーと一緒に  
FAXまたは郵送して下さい。

※受講料は、各部1,500円となります。  
(振込手数料は受講者負担でお願い致します。)  
両方を受講される方は、3,000円となります。

※受講決定の方には、日程の入った受講票をお送りします。

振込先   ：   四国銀行 大津支店  
                  普通 5127517

高知県糖尿病療養指導士認定機構  
会長 藤本新平