高知県糖尿病療養指導士認定機構
基礎講習会　受講申込書

※ 希望日に、〇をつけてください。

2019年9月29日（日）	中央地区	
2019年10月6日（日）	安芸地区	
	幡多地区	

ふりがな	
氏名	
生年月日	西暦　　年　　月　　日
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

（どちらかに〇をつけてください）

※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、3,000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。

※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　5120392

高知県糖尿病療養指導士認定機構
会長　藤本新平