

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、○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	

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○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