年　　　月　　　日

高知県糖尿病療養指導士認定機構

中央委員会　殿　　　　　　　　　　　　　　　 申請団体名

申請者氏名　　　　　　　　　　　　㊞

**認定申請書**

|  |  |
| --- | --- |
| 1．研修会の名称 |  |
| 2．主催団体・共催団体 |  |
| 3．後援・協賛その他 |  |
| 4．開催年月日・時間  （実質研修時間） | 年　　月　　日（　　）　　時　　分　～　　　時　　分 |
| 時間　　分（挨拶・休憩・製品紹介等の時間は除く） |
| 5．会場名 |  |
| 6．開催の目的・内容の概要 |  |
| 7．主な対象者（職種等） |  |
| 8．参加見込み人数 |  |
| 9．継続申請に関する事項 | 単発の会　・　年に２回以上定期開催の会(年に 　 回開催) |

※　1〜6については、会の概要を示すチラシがある場合は代用できる（不足分のみを記入）

〇申請者連絡先

|  |  |
| --- | --- |
| 勤務先・所属 |  |
| 氏 名 |  |
| 住 所 |  |
| TEL　／　FAX |  |

○当日会場責任者（当日単位取得証明書発行担当）（※申請者と異なる場合のみ記入）

|  |  |
| --- | --- |
| 勤務先・所属 |  |
| 氏 名 |  |
| TEL　／　FAX |  |

〇CDE高知HPへの掲載について（※申請者と異なる場合のみ記入）

|  |  |
| --- | --- |
| 問合せ先 |  |
| 問合せ方法 | TEL 　・　FAX　・　その他（　　　　　　　　　　　　） |
| その他 | （※申込締切日や定員がある場合は記入ください） |