# 高知県糖尿病療養指導士認定試験　（H　年度）

# 認定申請書(CDEJ用)　No.1

記入日:　　年　　月　　日

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| ふりがな | | ㊞ | 男<br>・<br>女 | 生年月日（西暦）<br>年　　月　　日 |
| 氏　名 | | | | |
| 自宅住所 | 〒 | | TEL： | |
| 勤務先名<br>所属部署 | | | | |
| 勤務先<br>住所 | 〒 | | TEL： | |

| | |
|---|---|
| 医療職<br>主たるもの1つに○ | 1．看護師　2．薬剤師　3．管理栄養士　4．臨床検査技師<br>5．理学療法士 |
| 合格通知などの送付先 | 1．勤務先　2．自宅 |
| 日本糖尿病協会・本部会員の方 | （会員番号：　　） |
| 友の会会員の方 | （友の会名：　　） |
| 日本糖尿病療養指導士 | （認定番号：　　） |

〈高知県糖尿病療養指導士認定を希望する理由〉

| | | | |
|---|---|---|---|
| 事務局記入欄 | | | |
| 受領日 | | | |
| 受付番号 | | | |
| 研修単位認定 | | | |