高知県糖尿病療養指導士認定試験　（R　　年度）

認定申請書(CDEJ用)

記入日：　　年　　月　　日

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