# 認定更新　猶予届　（1回目）

年　　月　　日

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| 認定番号 | | 本部会員№または友の会名 | | |
| ふりがな | | ㊞ | 男・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．保健師　3．助産師　4．准看護師　5．薬剤師<br>6．管理栄養士　7．栄養士　8．臨床検査技師　9．理学療法士<br>10．歯科衛生士　11．視能訓練士　12．介護福祉士 |

**①　届出理由　※該当する項目に○**

単位数の不足　・　出産、育児、介護休暇　・　病気などによる休職　・　異動、進学

国内外留学、出向、長期出張　・　離職中　・　その他（　　）

**②　届出時点での状況**

・糖尿病患者の療養指導の業務従事期間　　年　　ヶ月

・単位取得状況（認定後取得単位数）　　単位（内必須講習　　単位）

**③　CDE高知で把握している単位以外で取得された単位がある方は、実施年月日・研修会名・単位数を記載して下さい。（受講証・参加証の添付は必要ありません）**

| | | | |
|---|---|---|---|
| 事務局記入欄 | | | |
| 受領日 | | | |
| 備考 | | | |