

高知県糖尿病療養指導士認定試験 (R 年度)

認定申請書 No.1

		講習番号：		
ふりがな		㊟	男	生年月日 (西暦)
氏名			女	年 月 日
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. 保健師    3. 助産師    4. 准看護師    5. 薬剤師 6. 管理栄養士    7. 栄養士    8. 臨床検査技師    9. 理学療法士 10. 歯科衛生士    11. 視能訓練士    12. 介護福祉士			
<p>※申請書提出時に、記載が無い場合「書類不備」の扱いとなります。</p> 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： )				
<高知県糖尿病療養指導士認定を希望する理由を100文字程度で記載下さい>				
事務局記入欄				
受領日				
受付番号				
研修単位認定				