

大分県糖尿病療養指導士研修会受講申込書(LCDE継続学習)

期	認定番号	
ふりがな		
氏名		
生年月日	昭和・平成 年 月 日 (歳)	男・女
職 種	看護師 准看護師 管理栄養士 栄養士 保健師 薬剤師 臨床検査技師 理学療法士 作業療法士 言語聴覚士 その他()	
勤務先住所	ふりがな 〒 - (郵便番号は必ずご記入下さい) TEL:()- - / FAX:()- -	
勤務先	ふりがな	
自宅住所	ふりがな 〒 - (郵便番号は必ずご記入下さい) TEL:()- - / FAX:()- - 携帯:()- -	
E-mailアドレス	ご記入ください	
受講希望日	第 回 / 月 日	

※注意点

- 研修会は必ず一日受講すること。(その場合のみ3単位取得できる)
- 受講料は¥2,500(当日受付で支払うこと)
- こちらの申込書を、希望研修会の1週間前までに事務局まで郵送またはFAXして下さい。

大分県糖尿病療養指導士認定委員会 事務局 田中・篠原 宛

〒879-5593 由布市医大ケ丘1-1 大分大学医学部看護学科 5F
TEL/FAX 097-586-5089