

大分県糖尿病療養指導士研修会WEB講義受講申込書(LCDE継続学習)

期	認定番号	
ふりがな		
氏名		
生年月日	西暦 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	動画配信の為に必ず必要です。お間違えの無いようご記入ください。	

※注意点

- ・動画は1講義(40分程度+小テスト)受講につき0.5単位
- ・受講料は、1講義500円(事前に振り込みを済ませること、確認でき次第レジメを郵送します)  
大分銀行 医科大学前支店 普通 5051529  
大分県糖尿病療養指導士研修会事務局 代表 田中 克宏
- ・こちらの申込書と、希望プログラムに○をして、配信希望の1週間前までに事務局まで郵送  
またはFAXして下さい。
- ・なお、設問(小テスト)の回答をもって受講されたことを認めます。  
下記事務局までメールにてご回答ください。

〒879-5593 由布市医大ケ丘1-1 大分大学医学部看護学科 3F  
大分県糖尿病療養指導士認定委員会 事務局 田中 宛  
TEL/FAX : 097-586-5089 E-mail: lcdeoitaniantei@gmail.com