（様式１）

基礎講習会時の受講No.

年　　月　　日

　群馬県糖尿病療養指導認定機構　御中

群馬県糖尿病療養指導士（初回・更新）申請書

下記の通り、認定を申請致します。

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| ふ　り　が　な |  | 性　　　　別 |
| 氏　　　　名 |  | 男 ・ 女 |
| 生 年 月 日 | 西暦　　　　　　　年　　　　　　月　　　　　日 | |
| 職　　　　種  　（該当職に○） | 保健師・助産師・看護師・准看護師・薬剤師・管理栄養士・栄養士  臨床検査技師・衛生検査技師・理学療法士・作業療法士  歯科衛生士・その他委員会の認めた職種（　　　　　　　　　） | |
| ふ　り　が　な |  | |
| 勤 務 先 住 所 | 〒  群馬県 | |
| 施 設 名 |  | |
| 勤務先電話番号 | TEL | |
| メールアドレス |  | |
| 基礎講習会受講日  ※初回申請のみ | （西暦）　　　　年　　　　月　　　　日  　会場名： | |
| 単 位 申 請 数  ※更新申請のみ | 単位 | |
| 日本糖尿病協会  入会日及び友の会名 | 入会日：（西暦）　　　年　　　　月　　　　日  　友の会名（患者会名）： | |
| 事務局記入欄 | ※ | |

＊初回の場合：基礎講習会受講票を申請書（様式1）に添付し、申請書・推薦書（様式２）

　とともにご提出下さい。

＊更新の場合：単位取得した研修会の受講票または参加証を添付し、申請書・推薦書とともにご提出下さい。

　ご記入漏れのないようご注意下さい。