（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。