

申請提出： 年 月 日

山形県糖尿病療養指導士会 会長殿

2024年度 山形県糖尿病療養指導士・支援士認定講習会 受講申込書

フリガナ 受講者氏名		
生年月日別	年 月 日生	<input type="checkbox"/> 女 <input type="checkbox"/> 男
希望資格	<input type="checkbox"/> 療養指導士 <input type="checkbox"/> 療養支援士	
メールアドレス	注：携帯メール（キャリアメール）は返信できない場合がございます。 Webメール等をご使用ください。	
職種		
所属施設名		
連絡先住所	〒 - TEL： () FAX： ()	
受講資格	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	
2年以上の業務経験	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	

- 受講希望の方は、郵送でお申し込み下さい。
- 後日、受講票と受講料振り込みについてのご案内をお送りします。
- 申し込み後にキャンセルされる場合には、必ずご連絡ください。

事務局記入欄（記入しないでください）