

申請提出： 年 月 日

山形県糖尿病療養指導士会 会長殿

2025 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 性月 日別	年 月 日生	☐ 女 ☐ 男
希望資格	☐ 療養指導士 ☐ 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	☐ 有 ☐ 無	
2 年以上の業務経験	☐ 有 ☐ 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）