

山形県糖尿病療養指導士会 御中

山形県糖尿病療養指導士認定更新のための講習会・研修会
講習会・研修会認定申請書

申し込み日: 年 月 日

申請者名	印
申請者連絡先	〒
	TEL:
	e-mail:
申請者所属	
主催者・共催者	※共催時は全ての団体を記載してください。

【開催内容】

講習会・研修会名	
開催日時	年 月 日 (曜日) 時 分 ~ 時 分
会場	
開催地区	<input type="checkbox"/> 全県地区 <input type="checkbox"/> 庄内地区 <input type="checkbox"/> 最上地区 <input type="checkbox"/> 村山地区 <input type="checkbox"/> 置賜地区
開催の目的	
内容の概要	
対象者	
実質研修時間	時間
定員・予定者数	名
参加費	
参加申込方法	申込要否: <input type="checkbox"/> 要 <input type="checkbox"/> 不要
CDE以外の受講	可 ・ 不可
受講確認	可 ・ 不可
受講者名簿表の提出	可 ・ 不可
山形県糖尿病療養指導士会HP掲載	可 ・ 不可

申請・問い合わせ先: 山形県糖尿病療養指導士会 事務局(〒990-9585 山形市飯田西2-2-2山形大学医学部 内科学第三講座内)

注1) プログラムまたは案内状(案でも結構です)を添付してください。

注2) 申請書は開催日1ヶ月前までに、当会事務局にご提出ください。

注3) 参加申込方法は申込先、費用発生の場合は金額を明記してください。