申請提出：　　　年 月 日

山形県糖尿病療養指導士会　会長殿

山形県糖尿病療養指導士　認定更新申込書

|  |  |
| --- | --- |
| フリガナ申　請　者　氏　名 |  |
| 生年月日性別 | 　　　 　年　　 月　　 日生 | * 女　　 □ 男
 |
| 認定番号 |  |
| 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。 |
| 連絡先電話番号 |  |
| 職種 |  |
| 所属施設名 |  |
| 連絡先住所 | 〒　 ‐TEL：　　 （　　 ）　　　　　FAX：　　 （　　 ） |
| 日糖協入会の有無 | □　有　　 　　 　□　無 |
| 30単位以上の研修単位の取得の有無 | □　有　　 　　 　□　無 |
| 提出書類チェック☑ | □山形県糖尿病療養指導士認定更新申請書□研修単位取得証明書□糖尿病療養指導の記録□日糖協への入会を証明するもの（写し） |

* 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） |