

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 性 月 日 別	年 月 日生	<input type="checkbox"/> 女 <input type="checkbox"/> 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	<input type="checkbox"/> 有	<input type="checkbox"/> 無
30単位以上の研修単位の取得の有無	<input type="checkbox"/> 有	<input type="checkbox"/> 無
提出書類 チェック	<input type="checkbox"/> 山形県糖尿病療養指導士認定更新申請書 <input type="checkbox"/> 研修単位取得証明書 <input type="checkbox"/> 糖尿病療養指導の記録 <input checked="" type="checkbox"/> 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）