

三重県糖尿病療養指導士 認定試験（令和元年度）

受験申込書

申込日：20 年 月 日

| | | | |
|---|--|--------|----------------------------|
| （ふりがな） 氏 名 | （ ） | 男 女 | 生年月日（西暦） 年 月 日生 |
| 自 宅 住 所 | 〒 | | TEL : FAX : E-mail : |
| 勤 務 先 ・ 部 署 名 | | | |
| 勤 務 先 住 所 | 〒 | | TEL : FAX : E-mail : |
| 職 種 | 1. 医師 2. 歯科医師 3. 薬剤師 4. 保健師 5. 看護師 6. 准看護師 7. 助産師 8. 管理栄養士 9. 栄養士 10. 臨床検査技師 11. 理学療法士 12. 作業療法士 13. 臨床心理士 | | |
| 受験票・合格通知などの送付先に○ 1. 勤 務 先 2. 自 宅 | | | |
| 日本糖尿病協会 1. 本部会員（会員番号： — — ）へ 2. 友 の 会（友の会名： ）として ※入会手続き中 ・ 入会済み | | | |
| 受 領 日 | 20 年 月 日 | | 受 験 番 号 |
| 受 付 番 号 | | | |
| 《備考》 | | | |

※ 太枠内の記入をお願い致します。

※ 現在日本糖尿病協会への入会を手続き中の方は、手続き中のところに○印を付してください。