

すでに日本糖尿病療養指導士の資格をお持ちの方の

## 三重県糖尿病療養指導士 認定申請書

申込日	20 年 月 日
勤務先施設名 (病院・診療所等)	
所属部署	
職 種	
(ふりがな) 氏 名	㊟
勤務先郵便番号	〒
勤務先住所	
勤務先電話番号	
勤務先以外への連絡を希望される場合はその連絡先を記入	〒 住所： 電話番号：

三重県糖尿病協会

- ・ 氏名、所属、職種、ふりがな、住所、電話はすべてご記入ください。  
変更があればご連絡いたします。
- ・ 必ず、日本糖尿病療養指導士の認定書コピーを添付してください。
- ・ 郵送にて下記までお送りください。  
〒 510-0016 四日市市羽津山町 10-8  
JCHO 四日市羽津医療センター 図書室内  
三重県糖尿病療養指導士 認定申請係  
電話：059-331-2000
- ・ 申請締切は、令和2年12月31日（消印有効）です。