

三重県糖尿病療養指導士 認定試験（令和2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。