

(様式1)

## 三重県糖尿病療養指導士 認定更新のための研修会 認定申請書

申請年月日	年	月	日	
申請者名・印★				印

1. 研修会の名称★ <small>※「第〇回」「〇年度」等正確に記入</small>			
2. 主催団体★ ・共催団体(★)	主催共催における申請者の役職 ★( )		
3. 後援、協賛その他			
4. 年月日・時間★	年 月 日 ( )	時 分	
	～ 年 月 日 ( )	時 分	(挨拶等の時間を含む)
実質研修時間★	時間	分	(挨拶・休憩・製品紹介等の時間は除く)
5. 会場名 (会場の所在地)	( 都・道・府・県 市・町 )		
6. 開催の目的			
7. 内容の概要			
8. 主な対象者 (職種等)			
9. 参加見込み人数	人 (うちコメディカル 人)		
10. 参加費	有料 ( 円 ) / 無料 (該当するものに○、金額記入)		
[1]申請者連絡先 (記入必須)		[2]申請に関する連絡先(申請者と異なる場合のみ記入)	
勤務先 所属		担当者名・印	印
		勤務先・所属	
住所	〒	住所	〒
TEL		TEL	
FAX		FAX	
[3]ホームページ・雑誌への掲載について(記入必須) ※該当箇所に○または記入			
申込問合せ先	[1] と同じ ・ [2] と同じ ・ それ以外 (下の ( ) 内に記入)		
	(所属・氏名: )		
申込問合せ方法 <small>※TEL/FAX/E-MAIL いずれかの記入必須</small>	TEL ・ FAX ・ E-MAIL ・ それ以外 (下の ( ) 内に記入)		
	(番号/アドレス: )		

◆申請・問合せ先：三重県糖尿病協会 糖尿病療養指導士認定委員会

〒510-0016 JCHO四日市羽津医療センター内 (TEL：059-331-2000)

★印の項目は「参加証」に必ず記載してください。

※書式の変更不可