

(様式4)

年 月 日

神奈川県糖尿病療養指導士認定機構御中

神奈川県糖尿病療養指導士（初回・更新）申請書

下記の通り、神奈川県糖尿病療養指導士の認定申請を致します。

(ふりがな) 氏名	()	性別	男・女
生年月日	西暦 年 月 日(満 歳)		
職種			
自宅住所	〒		
自宅電話番号／携帯番号	自宅 () / 携帯 ()		
自宅 Fax 番号			
電子メールアドレス			
勤務先施設名			
勤務先住所	〒		
勤務先電話番号			
勤務先 Fax 番号			
単位申請数	()単位		
認定番号 (更新申請の方のみ)			

＊ 単位取得した研修会の受講証または参加証等は所定の用紙(様式8)に糊付けして、本申請書とともに、提出してください。(初回 20 単位 更新 50 単位)
＊ 自己の糖尿病療養支援活動に関する作文(例)「糖尿病療養支援活動から学んだもの」「糖尿病療養支援活動への私の思い」等を 1000 字から 1200 字以内(厳守)にまとめて添付してください。原稿用紙は認定機構ホームページに掲載するもの(様式7)を使用してください。
＊ 下記口座に申請費用をお振込みの上、振込みの際の控え(コピー可)を本申請書とともに提出してください。

【提出先】
〒212-0024 神奈川県川崎市幸区塚越2-159
松葉医院内 神奈川県糖尿病療養指導士認定機構宛

【振込先】
銀行名：芝信用金庫 支店名：幸支店（023）
口座種目：普通
口座名義：神奈川県糖尿病療養指導士認定機構 代表 松葉育郎
口座番号：0023773