

(様式3)

認定番号(単位数)を必ず記入→ (      )

(提出日) \_\_\_\_\_年\_\_\_\_月\_\_\_\_日

神奈川県糖尿病療養指導士認定機構 御中

申請者名 \_\_\_\_\_ 印

所属 \_\_\_\_\_

住所 (〒\_\_\_\_-\_\_\_\_)

TEL : \_\_\_\_\_

FAX : \_\_\_\_\_

「神奈川県糖尿病療養指導士認定更新のための研修会」

## 実施報告書

1. 研修会の名称 \_\_\_\_\_

2. 主催、共催（代表者、担当者名を明記） \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

3. 実施日時 \_\_\_\_\_年\_\_\_\_月\_\_\_\_日(\_\_\_\_)

\_\_\_\_\_時\_\_\_\_分 ～ \_\_\_\_\_時\_\_\_\_分

4. 参加者実数（うちコメディカル） \_\_\_\_\_人（\_\_\_\_\_人）

5. 特記事項

6. その他資料として以下のものを必ず添付してください。

① プログラム

② 参加証、研修修了証等（現物1部）