

中信地域糖尿病療養指導士育成講習会 受講申込書

中信地域糖尿病療養指導士育成講習会(全5回)への参加を希望します

申込年月日(西暦)	年 月 日
勤務先 (病院・診療所等)	
所属部署	
職 種	
ふりがな 氏 名	
勤務先住所	〒 ー
勤務先電話番号	
メールアドレス	
勤務先以外への連絡 を希望される方はその 連絡先をご記入ください	
糖尿病療養指導の 経験年数	年 ヶ月 注:受講申込時に、過去10年間で 2年未満の方は受験できません

期日までに郵送またはファックスにて事務局宛にお申し込みください。
また申込者の氏名にて受講料7,000円を育成会口座にお振り込みください。

申し込み先

〒 390-8621 松本市旭3-1-1

信州大学医学部糖尿病・内分泌代謝内科

中信地域糖尿病療養指導士育成会事務局

電話 0263-37-2686 FAX 0263-37-2710 E-mail cs_lcde@shinshu-u.ac.jp