

中信地域糖尿病療養指導士認定試験 受験申込書

中信地域糖尿病療養指導士認定試験の受験を申し込みます。

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	
生年月日(西暦)	年 月 日
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	

期日までに他の書類とともに郵送にて事務局宛にお申し込みください。
同時に申込者の氏名にて受験料2,000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

信州大学医学部内科学 糖尿病・内分泌代謝内科医局内

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

日本糖尿病療養指導士の資格をお持ちの方は、この書類は不要です