

[札幌会場] 11月13日(日)

主催 公益社団法人 日本糖尿病協会
協賛 ノボ ノルディスク ファーマ株式会社

平成 28 年度糖尿病療養指導カードシステム講習会 受講申込書

※記入欄は全て必須項目です。

申込日:平成 年 月 日

ふりがな		職種	年齢	性別
氏名				

連絡先 E-mail[携帯不可] ※指導箋閲覧用 ID・Pass の通知および、 その他連絡に使用します。必ずご記入下さい。	※未記入や携帯メールは受講に必要な連絡のやり取りが困難になるため、大変恐縮ですが受付不可とさせていただきます。
--	---

■受講資格① ※本部会員または友の会会員のいずれか該当する部分に必ずご記入下さい。
[受講には本部会員または友の会会員いずれかの会員資格が必要です、未記入は受付不可とさせていただきます]

①	日本糖尿病協会 会員資格	本部会員	会員番号:
		友の会会員	友の会名:

■受講資格② ※CDEJ・CDEL または医師のいずれか該当する部分に必ずご記入下さい。
[受講には CDEJ・CDEL または医師のいずれかの資格が必要です、未記入は受付不可とさせていただきます]

②	日本糖尿病療養指導士	認定番号:
	地域糖尿病療養指導士	認定団体名:
	医師	日糖協登録医・療養指導医・糖尿病専門医のいずれかをご記入下さい。 資格:

所属	勤務先: 部署:
----	-------------

郵便番号	〒 ー
------	-----

勤務先住所	
-------	--

TEL		FAX	
-----	--	-----	--

施設で指導する糖尿病患者数	人 / 月	※施設全体でひと月に指導している糖尿病患者の おおよその人数をご記入下さい。
---------------	-------	---

受講申込書送付先:日本糖尿病協会 事務局
FAX 03-3514-1725