



京都府糖尿病療養指導士 認定講習会申込書

希望月に○をつけてください。第2希望まで記入可です。 年 月 日

講習会 参加希望	第1希望	7月	8月	9月
	第2希望	7月	8月	9月

フリガナ			
氏名			
生年月日	19 年 月 日	受験資格 (職種)	※
勤務先	所属部署 ()		
勤務先住所	〒 勤務先電話番号 () -		
自宅住所	〒 自宅電話番号 () - 携帯電話番号 () -		
E-mail	@		
受講票送付先	自宅 ・ 勤務先	連絡先	自宅 ・ 勤務先 ・ 携帯
京都府糖尿病協会 ①②いずれかに○をつけてください	①医師・医療スタッフの会 入会済 ・ 申請中		
	②お勤め先の友の会 入会済 ・ 申請中 友の会名 ()		
①②いずれかに○をつけてください 過去に日本糖尿病療養指導士資格を有していたことが ①ある ②ない			

※受験資格(職種)が複数ある場合は、主たるもの一つをご記入ください。