

京都府糖尿病療養指導士 認定申請書

申請日	20 年 月 日	受験番号	—
ふりがな			
氏名	(印)		
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	@		
連絡先	自宅・勤務先・携帯	郵便物の 送付先	自宅・勤務先
京都府糖尿病協会 ①②いずれかに○をつけて 下さい	① 医師・医療スタッフの会		
	② お勤め先の友の会 友の会名 ()		
現在 CDEJ 有資格者である はい ・ いいえ		過去に CDEJ 資格を有していた はい ・ いいえ	

※検定料払込取扱票の受領証のコピーを所定の位置に貼付してください
(受領証の上 1 cm 部分のみ糊付けすること)