



京都府糖尿病療養指導士 認定更新のための講習会
認定申請書（様式1）

申請年月日	年 月 日
申請者名・印	印

1. 研修会の名称★ ※「第〇回」「〇年度」等正確に記入	
2. 主催団体★ ・共催団体(★)	
3. 後援、協賛その他	
4. 年月日・時間★	年 月 日 () 時 分 ～ 年 月 日 () 時 分 (挨拶等の時間を含む)
実質研修時間	時間 分 (挨拶・休憩・製品紹介等の時間は除く)
5. 会場名 (開催都道府県) ★	(都道府県)
6. 開催の目的	
7. 内容の概要	
8. 主な対象者 (職種等)	
9. 参加見込み人数	人 (うちコメディカル 人)
10. 参加費	有料 (円) / 無料 (該当するものに〇、金額記入)
[1]申請者連絡先 (記入必須)	認定基準チェック欄 (記入必須)
勤務先 所属	各項目の□に✓を記入してください。すべてに✓がないと申請をお受けできません。
住所	<input type="checkbox"/> 糖尿病の療養支援に関わる内容を主とするもの
TEL	<input type="checkbox"/> 参加が一般に公開されているもの
FAX	<input type="checkbox"/> CDE京都の医療職種の1つあるいは複数をも主な対象とするもの
	<input type="checkbox"/> 内容が「糖尿病療養指導ガイドブック」に反せず、CDE京都にふさわしい水準を保っているもの
[2]ホームページ等への掲載について(記入必須) ※該当箇所には○または記入	
問合せ先	[1] と同じ ・ それ以外 (下の () 内に記入) (所属・氏名:)
問合せ方法	TEL ・ FAX ・ E-MAIL ・ それ以外 (下の () 内に記入) (番号/アドレス:)
申込締切日や定員がある場合はご記入ください	

◆申請・問合せ先：京都府糖尿病療養指導士認定委員会事務局 京都府立医科大学大学院医学研究科 内分泌代謝内科学研究室内
TEL：070-6507-7625/FAX：075-252-3721/E-mail：cdekyoto@koto.kpu-m.ac.jp 〒602-8566京都市上京区河原町通広小路ル梶井町465
★印の項目は「参加証」に記載しますので正確に記入してください。