

## 静岡県西部糖尿病療養指導士認定試験（2024 年度）

### 受験申請書

202 年 月 日

ふりがな 氏名	印	男女	生年月日(西暦) 年 月 日生
現住所	〒	TEL : FAX : E-mail :	
勤務先名 所属			
勤務先所在地	〒	TEL : FAX :	

#### 資格証明

現在、私どもの機関に上記の者は所属し、

1. 医師 2. 薬剤師 3. 看護師 4. 准看護師 5. 保健師  
6. 管理栄養士 7. 栄養士 8. 臨床検査技師 9. 理学療法士 10. 介護福祉士  
11. 事務スタッフ 12. その他 ( )

として、直近 3 年以上従事していることを証明します。

西暦 年 月 日

ご所属 :

所属長 :

(印)

※貴所属に限らず、直近 3 年以上の医療職に携わっていることが履歴書などで確認できれば、ご証明をお願いいたします。

事務局記入欄		
書類確認	合 • 否	受験番号