

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 :
<p>資格証明</p> <p>現在、私どもの機関に上記の者は所属し、</p> <p>1. 医師 2. 薬剤師 3. 看護師 4. 准看護師 5. 保健師</p> <p>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</p> <p>11. 事務スタッフ 12. その他 ()</p> <p>として、直近 3 年以上従事していることを証明します。</p> <p>西暦 年 月 日</p> <p style="text-align: right;">ご所属 : _____</p> <p style="text-align: right;">所属長 : _____ (印)</p> <p>※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。</p>			
事務局記入欄			
書類確認	合 否		受験番号