西暦　　　　年度 静岡県西部糖尿病療養指導研修会 参加申込書

ふりがな　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　

氏 名 　

生年月日 (西暦) 年 月 日 　性別　( 　男　・　女　 )

職種 ○をつけてください

医師 ・ 薬剤師 ・ 看護師 ・ 管理栄養士 ・ 栄養士 ・ 理学療法士 ・

臨床検査技師 ・ 医療事務 ・ その他 ( )

勤務年数 　　　本年度 ３月末で( )年　 ・ 　５年以上あり

住所*(マンション・アパートの方は 部屋番号まで記入)*

〒

電話番号*(携帯でも結構です)*

メールアドレス*(ある方のみで結構です)*

勤務先*(施設名 病院の方は所属部署名まで記入)*

勤務先住所・電話番号

**〒 Tel**

ご連絡や修了証の送付先… ( 勤務先・自宅 ) どちらかに○をつけてください。

**申込書(コピー可)は郵送またはFAXにて、下記までお送りください。**

〒430-0802

浜松市東区将監町12-13

きくち内科クリニック 内

静岡県西部糖尿病療養指導研究会事務局

FAX 053-462-4128  
静岡県西部糖尿病療養指導研究会ホームページ  
[**http://hwsa8.gyao.ne.jp/lcde/index.html**](http://hwsa8.gyao.ne.jp/lcde/index.htm)  
糖尿病療養指導士に関するお問い合わせはFAXでお願いします。