

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.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。