

平成 21 年度
愛媛糖尿病療養指導士認定試験受験・更新資格取得のための
研修会 参加申込書

申込日：2009 年 月 日

| | | | |
|--------------------------|--|-------|-------|
| ふりがな 氏 名 | | 性 別 | 男 ・ 女 |
| 職 種 | 看護師・保健師・薬剤師・管理栄養士・臨床検査技師・その他（ ） | | |
| 資 格 | ・日本糖尿病療養指導士 ・愛媛地域糖尿病療養指導士（第 回 認定番号 ） | | |
| 所 属 先 (病院名等) | | | |
| 連 絡 先 | | | |
| 連 絡 先 住 所 (自宅・所属先) | 〒 | | |
| 電 話 | | F A X | |
| E - mail | | | |

- 参加申し込み書は、参加者 1 名につき 1 枚ご使用ください。
- 申し込み受付後、受付番号を同封して頂いたハガキにてご案内致します。
- 頂いた個人情報は、本研修会に関するご案内にのみ使用し、その他に使用されることは一切ありません。また、研修会終了後にデータは消去致します。

- * 資料などは当日会場にて配布致します。
- * 不明の点がありましたら、FAX 又は E-mail でお問い合わせください。
(受付事務局は常駐しておりませんのでお返事にお時間を頂く場合があります。御了承ください。)

FAX ; 089-960-5400 E-mail ; yamaayu@m.ehime-u.ac.jp

愛媛糖尿病療養指導士認定機構事務局 中村 慶子、山崎 歩

受付事務局記入欄

受付番号