**愛媛地域糖尿病療養指導士認定試験（2011年度）**

**受験申請書・認定申請書No.1**

2011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 |  | | | | |
| 勤務先所在地 | 〒 | | | TEL：  FAX： | |
| 医療職  主たるもの1つに○ | １．看護師　　２．管理栄養士　　３．薬剤師　　４．臨床検査技師  ５．理学療法士　　６．准看護師　　７．栄養士　　８．（　　　　　） | | | | |
| 受験票・合格通知などの送付先に○　　　１．勤務先　　　　２．現住所 | | | | | |
| 日本（愛媛）糖尿病協会入会　　　　１．入会済み　　　２．未加入（　　　　　　　） | | | | | |
| 愛媛地域糖尿病療養指導士認定を希望する理由 | | | | | |
| 事務局記入欄 | |  | | | |
| 受領日 | |  | | | 受験番号 |
| 受付番号 | |  | | |
| 研修単位認定 | |  | | |