

栃木県糖尿病療養指導士認定機構（CDE-Tochigi） 認定申請書

申請日	年 月 日		
申請者氏名	フリガナ		生年月日
			西暦 年 月 日
勤務先			
連絡先 住所	(自宅・勤務先) 〒		
E-mail	@		
TEL		FAX	
職 種 該当するものに○	1. 看護師 2. 准看護師 3. 管理栄養士 4. 栄養士 5. 薬剤師 6. 臨床検査技師 7. 保健師 8. 理学療法士 9. 歯科衛生士 10. 介護福祉士 11. 健康運動指導士 12. 臨床工学士 13. 視能訓練士 14. 事務員 15. その他 ()		
CDEJ 資格 どちらかに○	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり (認定番号:)		
糖尿病協会 どちらかに○	1. 日本糖尿病協会本部会員 (会員番号:) 2. 患者会 (友の会) (名称:) 必須項目です。申請中の方は「申請中」とし、後日会員番号を事務局に知らせてください。		
認定申請料 振込控 添付欄	申請料振込証の控え(コピー)を貼付してください。 インターネット等による振り込みの場合は、払込のわかる書類を添付してください。		<u>認定申請料 3,000 円</u> 申請料振込先：ゆうちょ銀行 店名：0一九店 (019) 口座番号：当座 0324445 口座名義：栃木県糖尿病療養指導士認定機構 ゆうちょ銀行備付の郵便払込取扱票でのお振込みは下記にお振込ください。 【口座】00140-0-324445 【加入者】栃木県糖尿病療養指導士認定機構 通信欄に[認定申請料] [氏名] [施設名]を必ず記入してください。

※個人情報取扱いについて

ご記入いただきました個人情報は適正に管理し、当認定機構にかかわる連絡以外には使用いたしません。

栃木県糖尿病療養指導士 推薦書

年 月 日

栃木県糖尿病療養指導士認定機構 御中

施設名

施設長の氏名(役職)

印()

当施設に勤務する_____は、現在、糖尿病療養支援活動に従事し、実務経験として最低 2 年以上の経験があることを証明し、栃木県糖尿病療養指導士受験者として推薦します。

糖尿病療養指導経験 略歴

過去の糖尿病患者に関わる実務経験の有無 : 有 無

「有」の場合は以下記入して下さい(最大3施設まで)

療養指導を行った施設の名称	職種	実務経験期間(年数)
		年 月
		年 月
		年 月

「無」の場合、ご自身の資格による実務経験の年数を記載してください。 年 月

上記内容に間違いありません

年 月 日

氏名

【志望動機】(必ず記載してください)

()