年　　　月　　　日

栃木県糖尿病療養指導士認定機構

認定委員会　委員長　麻生　　好正　殿

 申請団体名

 申請者氏名

**CDE-Tochigi認定更新単位　申請書**

|  |  |
| --- | --- |
| 1．研修会の名称 | 　 |
| 2．主催団体・共催団体 |  |
| 3．後援・協賛その他 | 　 |
| 4．開催年月日・時間 （実質研修時間） | 年　　月　　日（　　）　　時　　分　～　　　時　　分 |
| 時間　　分（挨拶・休憩・製品紹介等の時間は除く） |
| 5．会場名 |  |
| 6．開催の目的・内容の概要 |  |
| 7．主な対象者（職種等） |  |
| 8．参加見込み人数 |  |

〇申請者連絡先

|  |  |
| --- | --- |
| 勤務先・所属 |  |
| 氏 名 |  |
| 住 所 |  |
| TEL　／　FAX |  |

〇CDE-Tochigi　ホームページへの掲載について

掲載する　・　掲載しない

※申請期限は、会の開催日　1ケ月前です。

※会の概要を示すチラシをPDFデータにして事務局に送付してください。

【事務局】

上都賀総合病院　薬剤部　（TEL　0289-64-2161, FAX 0289-64-2467）　　野澤　彰、近澤　珠聖

CDEToffice@umin.ac.jp