

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	
9. 手数料振込	事務手数料 5,000 円 振込日 (年 月 日)

○申請者連絡先

勤務先・所属	
氏 名	
住 所	
TEL / FAX	

○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ヶ月前です。

※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