　　　年　　　月　　　日

**様式１**

千葉県糖尿病療養指導士/支援士　認定更新　申請書

下記の通り千葉県糖尿病療養指導士/支援士の認定更新の申請を致します。

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 種別 | | 1　種 | | | 2　種 | | | | 3　種 |
| 糖尿病療養指導関連の資格  ※コピー添付 | | | | 糖尿病看護認定看護師・慢性疾患看護専門看護師  日本糖尿病療養指導士・地域糖尿病療養指導士(CDE-Chibaは含まない) | | | | | |
| 認定番号 |  | | | | | 職種 |  | | |
| (ふりがな） |  | | | | | 性別 | 男　　・　　女 | | |
| 氏名 | ㊞ | | | | | 生年月日 | 西暦　　　　年　　　月　　　　日 | | |
| 年齢 | 才 | | |
| 勤務先 | 施設名称 | |  | | | | | | |
| 所属部科 | |  | | | | | | |
| 住所 | | 〒 | | | | | | |
|
| ＴＥＬ | |  | | | | ＦＡＸ |  | |
| 自宅 | 住所 | | 〒 | | | | | | |
|
| ＴＥＬ | |  | | | | ＦＡＸ |  | |
| 電子メールアドレス | | |  | | | | | | |
| 郵便物郵送先 | | | □　勤務先　　・　　□　自　宅 | | | | | | |
| 日本糖尿病協会 | | | □　会　員　　・　　□　非会員 | | | | | | |
| 単位申請数 | | | （　　　　　　　　　）単位　　　　CDE-Jを有するものは未記入 | | | | | | |

〖注意事項〗

※申請用紙に不備がある場合は受付致しかねます。

記入漏れや間違い・印鑑の押し忘れ等が無い様にお願い致します。

※上記の「種別」「糖尿病療養指導関連の資格」にはいずれかに ○ を記入してください。