

第 12 回 千葉県糖尿病療養指導士／支援士 (CDE-Chiba) 試験申込書

受験種別	1 種	2 種	3 種
医療職種 ※1種・2種は資格証のコピー添付 該当職種に○をご記入ください	1. 看護師 2. 保健師 3. 管理栄養士 4. 薬剤師 5. 臨床検査技師 6. 理学療法士	7. 准看護師 8. 栄養士 9. 歯科衛生士 10. 健康運動指導士 11. 臨床心理士 12. その他、糖尿病療養支援に従事する職種 ()	13. 事務 14. 医療秘書 15. 教員 16. 企業社員 17. その他 ()

ふりがな		性別	男 ・ 女
氏名		生年月日	(西暦) 年 月 日
		年齢	歳

メールアドレス	
---------	--

※Web 試験をご案内するため、必ずご記入ください。

勤務先	名称			
	所属部科			
	住所	〒		
	TEL		FAX	

自宅	住所	〒		
	TEL		FAX	

郵送物送付先	<input type="checkbox"/> 勤務先 <input type="checkbox"/> 自宅
--------	--

※試験結果や今後の郵送先を伺うためです。

糖尿病患者の療養指導または支援に従事した経歴 (主なものを1つ・ない場合は期間を未記入とし施設名欄に「無し」と記入)

期間	年 月 ~ 年 月
施設名	