

第 12 回千葉県糖尿病療養指導士／支援士 (CDE-Chiba) 試験免除申込書

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 ()
糖尿病療養指導関連の資格 該当に✓を記入	<input type="checkbox"/> 日本糖尿病療養指導士 <input type="checkbox"/> 他県 CDEL(都道府県)		

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	
---------	--

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
--------	--

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・ない場合は施設名欄に「無し」と記入)

期間	年 月 ~ 年 月
施設名	