

# 茨城県糖尿病療養指導士(CDE 茨城)受験申込書

茨城県糖尿病療養指導士認定試験の受験を申し込みます

申 込 日	(西暦) 年 月 日
ふりがな	
氏 名	
生 年 月 日	(西暦) 年 月 日
勤務先施設名 (病院・診療所・薬局等)	
所 属 部 署	
職 種	
勤務先所在地	〒 -
勤務先電話番号	- -

【勤務先以外への連絡を希望される場合はご記入ください】

連絡先所在地	〒 -
電 話 番 号	- -

過去に日本糖尿病療養指導士 認定の有無	無 ・ 有	( 有の場合は認定番号も記載してください )
------------------------	-------	------------------------

- ▶ 過去に日本糖尿病療養指導士資格をお持ちの方は認定証のコピーを添付してください
- ▶ 受験料の振込につきましては、事務局にて受験申込書を受理後にご案内させていただきます
- ▶ 申込書(コピー可)は FAX または郵送にて下記までお送りください

茨城県糖尿病療養指導士認定委員会  
(茨城県糖尿病協会事務局)  
〒311-0113 茨城県那珂市中台 745-5  
TEL:029-353-2800  
FAX:029-270-8601