

(様式2)

## 上伊那地域糖尿病療養指導士 受験申込書

上伊那地域糖尿病療養指導士認定試験の受験を申し込みます。

申込年月日	令和 年 月 日
勤務先 (病院・診療所等)	TEL
所属部署	
職種	
フリガナ 氏名	
勤務先住所	〒
連絡先電話番号 メールアドレス	(勤務先・個人)
勤務先以外への郵送を 希望される方は送付先 をご記入ください	〒
振込予定年月日	令和 年 月 日

1月末日までに他の書類とともに郵送にて事務局宛にお申し込みください。

同時に申込者の氏名にて受験料を指定口座にお振込みください。

**【送付先】**

〒396-8555 伊那市小四郎久保 1313 番地 1  
伊那中央病院 医療支援部地域医療連携室  
電話 (0265) 78-8623 FAX (0265) 74-2234  
メール cde@inahp.jp

**【振込先】**

金融機関 長野銀行伊那支店  
名義 上伊那地域糖尿病療養指導士育成会  
口座番号 普通 8808462