

(様式3)

既に日本糖尿病療養指導士の資格をお持ちの方

上伊那地域糖尿病療養指導士 認定申請書

上伊那地域糖尿病療養指導士育成研修会での認定を申請します。

申込年月日	令和 年 月 日
勤務先 (病院・診療所等)	
所属部署	
職種	
ふりがな 氏名	
勤務先住所	〒 ー
連絡先電話番号	(勤務先・個人)
勤務先以外への連絡を 希望される方はその連 絡先をご記入ください	〒 ー TEL

【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

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