

上伊那 L-CDE 事務局 宛て

上伊那地域糖尿病療養指導士スキルアップ研修会参加申込書

FAX 0265-74-2234 または メール cde@inahp.jp にて

《申込み締切》 令和4年10月7日

上伊那地域糖尿病療養指導士スキルアップ研修会への参加を希望します。

| 項 目 | | ご記入ください | 備 考 |
|----------------------|-------------|----------------------------|---------------------|
| 申込年月日 | 年月日記入 | 年 月 日 | |
| 参加方法 | どちらかに ○印 | 会場参加 オンライン参加 | ※会場参加は先着 30名です |
| 参加希望日 | どちらかに ○印 | 第1回 (10/23) 第2回 (11/13) | 研修内容はどちらも 同じです |
| 受講者番号 | 確認項目 | | |
| 氏名ふりがな | 確認項目 | | |
| 氏 名 | 確認項目 | | |
| 認定期間満了日 | 確認項目 | | コロナによる1年延長 を含みます |
| スキルアップ研修受講回数 | 確認項目 | 資格取得または更新後 回 | 県の研修を含みます |
| 勤務先 | 確認項目 | | |
| 勤務先住所 | 確認項目 | | |
| 勤務先 TEL | 確認項目 | | |
| 職種 | 確認項目 | | |
| 連絡先 TEL | 確認項目 | | |
| メールアドレス | 確認・ 追記項目 | | |
| 勤務先以外の郵送先 (希望者のみ) | 確認・ 追記項目 | | |
| 振込年月日 | 年月日記入 | 年 月 日 | |
| その他連絡事項記入欄 | | | |

*期日までに FAX またはメール添付にて事務局宛てにお申し込みください。

*印字内容に誤りがありましたら訂正をお願いいたします。

*オンライン参加の方はこちらの申込とは別に Microsoft Teams の登録画面に必要事項を入力して
事前登録を行なってください。

【事務局】 伊那中央病院 地域医療連携室 黒河内
電話 0265-78-8623 FAX 0265-74-2234