

(様式1)

上伊那地域糖尿病療養指導士育成研修会 受講申込書

上伊那地域糖尿病療養指導士育成研修会（全5回）への参加を希望します。

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		あなたは日本糖尿病療養指導士の資格を取得していますか ○印をしてください はい ・ いいえ
勤務先住所	〒	
メールアドレス	@	
勤務先以外への連絡を希望される方は連絡先をご記入ください	〒	
糖尿病療養指導の経験年数	年 月	
振込予定年月日	令和 年 月 日	

期日までに FAX または郵送にて事務局宛にお申し込みください。

また申込者の氏名にて受講料 5,000 円（または 2,500 円）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