

(様式D)

和歌山地域糖尿病療養指導士(WLCDE)更新のための

更新延長希望届

1年間の認定延長を希望します。

(ふりがな) 性別	() 男・女
申請者氏名	
認定番号	WL-
申請者 職種	1. 看護師、 2. 准看護師、 3. 管理栄養士、 4. 栄養士、 5. 薬剤師、 6. 臨床検査技師 7. 保健師 8. 理学療法士、 9. 助産師 10. 歯科衛生士 11. 介護福祉士 12. 作業療法士 13. 言語聴覚士 14. 視覚訓練士 15. その他 ()

※下記は現在の連絡先に変更がある場合のみご記入下さい

勤務先施設名	
以下の連絡先	1. 自宅である 2. 勤務先である
住所	〒
電話番号 ※連絡のつきやすい電話番号をご記入下さい (複数記入可)	

受付期間: 10月1日～11月30日