

(様式F)

和歌山地域糖尿病療養指導士 認定更新のための研修会

## 認定申請書

1. 開催方式
集会型 ・ Web型 ・ ハイブリッド型

※どちらか該当するほうに○

申請年月日	年	月	日
[1]申請者名・印	印		

2. 研修会の名称	
※「第○回」「○年度」等正確に記入	
3. 主催団体 ・ 共催団体	
4. 年月日・時間	年 月 日 ( ) 時 分 ～ 年 月 日 ( ) 時 分 (挨拶等の時間を含む)
実質研修時間	時間 分 (挨拶・休憩・製品紹介等の時間は除く)
5. 会場名 (開催都道府県) 配信拠点・配信方法	( 都道府県)
6. 開催の目的	
7. 内容の概要	
8. 主な対象者 (職種等)	

[1]申請者連絡先 (記入必須)		[2]本申請に関する連絡先(申請者と異なる場合のみ記入)	
勤務先 所属		担当者名・印	印
		勤務先・所属	
住所	〒	住所	〒
TEL		TEL	
FAX		FAX	
E-MAIL		E-MAIL	

[3]和歌山県糖尿病協会ホームページへの案内掲載について(記入必須) ※該当箇所○または記入	
案内について	希望する ・ 希望しない
申込問合せ先	[1] と同じ ・ [2] と同じ ・ それ以外 (下の ( ) 内に記入) (所属・氏名: )
申込問合せ方法 ※TEL・FAX・E-MAIL いずれかの選択必須	TEL ・ FAX ・ E-MAIL ・ それ以外 (下の ( ) 内に記入) (番号/アドレス: )
申込締切日/定員	締切: 年 月 日 ( ) / 定員: 人
他注意事項	

◆申請・問合せ先: 和歌山地域糖尿病療養指導士認定委員会

(TEL: 073-445-9436 〒641-8509 和歌山市紀三井寺811-1 和歌山県立医科大学 内科学第一講座)