

(様式A)

和歌山地域糖尿病療養指導士(WLCDE)更新のための
更新申請書

認定番号 WL-		<table border="1"><tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr></table>						フリガナ	
氏名									
			(旧姓)	()					
			職 種						
今回申請する単位数									
単位		+	単位	= 合計	単位				
(WLCDE主催の講習会)			(その他の講習会)						

※下記の条件を満たしていることをご確認ください。

- ①計30単位のうち最低1回はWLCDE主催の講習会を受講している。
- ②糖尿病協会の会員である。(会費を滞納していない)
- ③認定後から最低2年間は糖尿病療養に従事している。

受付期間:平成29年10月1日～11月30日

.....(申請者は以下記入しないこと).....

単位		+	単位	=	合計	単位
(WLCDE主催の講習会)			(その他の講習会)			

- 更新規定を満たしている
- 更新規定を満たしていない