**兵庫県糖尿病療養指導士　認定更新**

**延長・再延長・再再延長　申請書**

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　（該当するものに○印をつけること）

糖尿病療養指導士兵庫県連合会 御中

私は下記の理由により、「兵庫県糖尿病療養指導士の認定更新規定」に基づき、認定更新の延長を申請します

申請日　20　　年　　月　　日

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| CDE兵庫認定番号（5桁） |  |  |  |  |  |
| ふりがな |  | 生年月日(西暦)年　　月　日生 |
| 氏名 |  |
| 勤務先 |  |
| 所属部署 |  | 職種 |  |
| 勤務先住所 | 〒 | TEL：FAX： |
| 自宅住所 | 〒 | TEL：（携帯でも可） |
| メールアドレス |  |
| ＊連絡を希望される方に○をつけてください　（　　自宅　　・　　勤務先　　）＊メールアドレスは、必ず1週間以内に確認が出来るアドレスを記載して下さい |
| 認定期間の延長を申請する理由 |
| ① 認定更新が不可能となった事情（該当する項目に○）　　出産、育児、介護休暇　　・　　病気などによる休職　　・　　異動、進学　国内外留学、長期出張　　・　　離職中　　その他（　具体的に　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） |
| ② ①の説明（具体的な内容・事情のあった期間など） |
| ③ 申請時点での状況　・前回認定以降の療養指導の業務従事期間　　　　　　年　　　か月　・研修単位取得状況（認定後取得単位数）　　　　　　単位 |
| ④ ③の状況について、認定期間延長後の見込みを具体的に書いてください。 |