

糖尿病療養指導士兵庫県連合会 共催・協賛・後援 申請書
(該当するものに○)

様式 1

主催団体	名称
代表者氏名 (所属機関)	氏名 () 公印
申請者	氏名 印
申請者の 所属機関・連絡先	所属機関 所在地 〒 電話番号 e-mail

事業開催概要

名称			
開催日 ^{注2} (開催時間)	西暦	年 月 日～ 月 日 (時間)	
開催場所	会場名 :	開催地 :	都道府県 区市町村
予定聴講人数	約 名 (内訳 :)		
事業の概略 (200 字程度)			
参加費	円		
連合会 HP への掲載の要・不要および理由	要 () ・ 不要		

認定の可否については、原則として代表世話人によって決定する

注 1 : 共催の場合、申請書は事業開催の 1 2 ヶ月前迄に提出する

協賛・後援の場合、申請書は開催 2 ヶ月前迄にプログラムと共に提出すること

注 2 : 開催日、場所、時間、内容、参加費を明記したプログラムを添付すること

注意 : 本申請書の送付先は 〒650-0034 神戸市中央区京町 8 3 番地 三宮センチュリービル 3 階
株式会社プロアクティブ内 糖尿病療養指導士兵庫県連合会事務局

TEL : 078-332-3703 FAX : 078-332-2506 E-mail: hcde@pac.ne.jp

注意 : 申請書受付後必要に応じ申請団体、事業内容の詳細な資料等を事務局から請求することがあります

.....
(以下記載不要)

判定結果 年 月 日

可 不可 (不可の理由 :

糖尿病療養指導士兵庫県連合会 代表世話人 殿 提出 年 月 日
受付 年 月 日 (記載不要)

共催・協賛・後援 事業報告書

様式 2

(該当するものに○)

主催団体	名称
代表者氏名 (所属機関)	氏名 (公印)
報告者	氏名 (印)
報告者の 所属機関・連絡先	所属機関 所在地 〒 電話番号 e-mail

事業開催結果

名称			
開催日 (開催時間)	西暦 年 月 日～ 月 日 (時間)		
開催場所	会場名 :	開催地 :	都道府県 市区町村
参加人数	名 (内訳 :)		
開催概要は申請書どおりであるか	はい ・ いいえ ^{注1}		
当会の紹介スライドを使用したか	はい ・ いいえ ^{注2}		

注意 1 : 開催概要が申請書どおりでない場合は、変更箇所およびその理由を下記に明記すること。
必要に応じて、変更がわかる資料を添付すること。

注意 2 : 紹介スライドの上映は任意。

注意 : 本報告書の送付先は

〒〒650-0034 神戸市中央区京町 8 3 番地 三宮センチュリービル 3 階
株式会社プロアクティブ内 糖尿病療養指導士兵庫県連合会事務局

参加証推奨フォーム (A 6 ハガキサイズ)

— 作成例 —

様式 3

第〇回〇〇研修会

参加証

あなたが本研修会に参加したことを証明します。

1. 参加者名
2. 主催（共催）団体名
3. 開催年月日・時間
4. 実質研修時間
5. 認定単位数

本研修会は糖尿病療養指導士兵庫県連合会より
「認定更新のための研修会」として認定されています。

〇年〇月〇日

〇〇研究会

代表世話人 〇〇 〇〇 印

* 「1. 参加者名」以外の全ての項目を正確に記載してください。

* 研修会の主催団体名と代表者名等を明記し、「主催印（公印）」を押してください。主催印（公印）とは、主催団体名の入った朱印を指します。

* シリーズの研修会であっても、参加証は各回お作りください。

「1. 参加者名」の無記名発行は不可（発行時に参加者自身に書かせることは可）です。