

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 ( ) <span style="border: 1px solid black; padding: 2px;">公印</span>
申請者	氏名 <span style="border: 1px solid black; border-radius: 50%; padding: 2px;">印</span>
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 <sup>注2</sup> (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
申請内容審査料 (5000 円) の納付について	<input type="checkbox"/> 納付済みである (未納の場合は審査不可とします)

糖尿病療養士兵庫県連合会共催・協賛・後援に関する取扱細則によって決定する

- 提出書類：①後援申請書、②プログラム、③参加証 (本 PDF3 頁目参照)、  
 ④審査料の振込明細書 (本 PDF4 頁目参照)、  
 ⑤オンライン開催・ハイブリッド開催時のみ Web 適用願も提出願います  
[https://www.pac-mice.jp/hcde/lib/files/web\\_online\\_accreditation\\_230301.pdf](https://www.pac-mice.jp/hcde/lib/files/web_online_accreditation_230301.pdf)

注1：共催の場合、申請書は事業開催の12ヵ月前迄に提出、  
 協賛・後援の場合、申請書は開催2ヶ月前迄に申請すること

注2：プログラムには開催日・場所・時間・内容・参加費の他に、  
 後援団体として当会の名称、単位詳細を明記すること

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](mailto: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  
 注意：研修会開催後は、本 PDF2 頁目の事業報告書、CDE 兵庫単位交付者を1ヶ月以内に提出願います

.....  
 (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 ( ) <span style="border: 1px solid black; padding: 2px;">公印</span>
報告者	氏名 <span style="border: 1px solid black; border-radius: 50%; padding: 2px;">印</span>
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 区市町村
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 <sup>注1</sup>
当会の紹介スライドを使用したか	はい ・ いいえ <sup>注2</sup>

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83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 (A6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。

申請内容審査料に関して

研修会事に 5,000 円の納付をお願いしております。  
本用紙を請求書とし納付ください。  
納付後、領収書が必要な際は、事務局までご連絡をお願い致します。

## 御 請 求 書

下記のとおり御請求申し上げます。

¥ 5,000-

糖尿病療養指導士兵庫県連合会



品名および種類	金額 (円)
共催・協賛・後援 申請内容審査料	5,000
合 計	¥5,000

※銀行振込手数料は、お振込の際、ご負担頂きますようお願い致します。

### 【振込先】

振込銀行：三井住友銀行 神戸営業部 (店番号 500)

口座番号：普通 No.9122825

口座名義：糖尿病療養指導士兵庫県連合会

トウニョウビョウリョウヨウシトウシヨウゴケンレンコウカイ

糖尿病療養指導士兵庫県連合会

〒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)プロアクティブ内

Tel : 078-332-3703 Fax : 078-332-2506

Mail : hcde@pac.ne.jp