

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3 (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	☐ 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

注 1 : 「糖尿病」に関係する事業であること。また、プログラムに「糖尿病」に関する内容であることが明記されていること。

注 2 : 共催の場合、申請書は事業開催の 1 2 ヶ月前迄に提出、
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 3 : 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 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

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

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 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 ^{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。

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ゴウカイ

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