**兵庫県糖尿病療養指導士　受験申請書**

糖尿病療養指導士兵庫県連合会 御中

私は兵庫県糖尿病療養指導士の受験を申請します

申請日　20　　年　　月　　日

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 兵庫県連合会会員番号（8桁） | ３ | １ |  |  |  |  |  |  |
| 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 |  |
| 医療職実務経験年数（通算） | 　　　　　　　　　　年 | 糖尿病療養指導経験年数（通算） | 　　　　　　　　　　年 |
| 糖尿病療養指導業務従事期間 | 施設名　　　　　　　　　　　　西暦　　　年　　　月　～　西暦　　　年　　　月　計　　年　　ヶ月　現在勤務中　・　退職　　・　その他（　　　　　　　　　　）施設名　　　　　　　　　　　　西暦　　　年　　　月　～　西暦　　　年　　　月　計　　年　　ヶ月　　　現在勤務中　・　退職　　・　その他（　　　　　　　　　　） |
| 勤務先住所 | 〒 | TEL：FAX： |
| 自宅住所 | 〒 | TEL：（携帯でも可） |
| メールアドレス |  |
| ＊非会員の方は、会員番号の記入は不要です＊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ください（記入必須）日本糖尿病協会会員資格の調査 |
| 日本糖尿病協会会員資格の確認 | [ ]  会員（会員番号　　　　　　　　　　　）[ ]  非会員  |