**糖尿病療養指導士兵庫（CDE兵庫）　受験申請書**

糖尿病療養指導士兵庫県連合会 御中

私は糖尿病療養指導士兵庫（CDE兵庫）の受験を申請します。

申請日　20　　年　　月　　日

↓どちらかを選択してください

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 兵庫県連合会  会員番号 | | A・U | | | 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 | | | | | | | | |