

埼玉県 糖尿病相談員 認定講習会

日時

2018年
10月7日 日 12:00開始予定

大宮ソニックシティ 601・604会議室

埼玉県さいたま市大宮区桜木町1-7-5(大宮駅西口より徒歩3分)

開催の
目的

糖尿病療養支援に関わる人々の学習をバックアップすることで糖尿病を持つ方への支援の質向上を目指しています。

内容

糖尿病の検査・診断・病態・治療・緊急時の対応・CDELの役割 など

受講料

2,000円 (テキスト代込) 認定時 5,000円
※別途友の会会員になっていただく必要がございます。
(詳細はホームページをご覧ください)

お申し込み

・裏面の申し込み書に記入し、FAX(048-681-0527)でお申込みください。
・申し込み用紙は、埼玉県糖尿病協会HPからも入手できます。
<http://saitokyo.com>

お問い合わせ

埼玉県糖尿病協会 事務局 048-681-0526
(毎週金曜10:00~13:00 対応)



【記入例】 ご記入前に必ずご確認ください。

第3期生 埼玉県糖尿病療養指導士 (CDEL埼玉) 埼玉県糖尿病相談員 受講申込書 資格申請書(CDEJの方のみ)			
受講申込書・申請書(CDEJのみ)は、平成30年7月3日より受付ます。 ご記入日2018年 7月 3日 既にCDEL埼玉の資格をお持ちの方は申請不要です。			
<div style="border: 2px solid black; padding: 10px; margin: 0 auto; width: 80%;"> <b style="font-size: 24px;">FAX: 048-681-0527 <small>必要事項をご記入の上、上記番号までFAXにてお申込みください。</small> </div>			
↓いずれか当てはまる方にチェックをしてください。			
<input checked="" type="checkbox"/>	私は、CDEL埼玉認定講習会を受講します。		
<input type="checkbox"/>	私は、日本糖尿病療養指導士(CDEJ)を有しているため、無受講でCDEL埼玉の資格を希望します。		
CDEJ認定番号	※CDEJ有資格者の方はCDEJ認定番号を必ず記載してください。		
楷書でご記入ください。*申込み申請者ご本人さまがご記入ください。			
フリガナ	サイタマ ハナコ	西暦 1982 年 6 月 9 日	
氏名	埼玉 花子	性別 (男 ・ 女)	
所属施設名	自治医科大学附属さいたま医療センター	職種	看護師
フリガナ	サイタマケンサイタマシオオミヤクアマヌマチョウ		
所属施設住所	〒330-8503 埼玉県さいたま市大宮区大宮区天沼町1-847		
※郵便番号からご記入 お願いします	所属部署 (外来)		
所属施設 電話番号	048-000-0000 <small>(所属部署直通をご記入ください)</small>	携帯電話番号	090-0000-0000
協会会員ナンバー 必須 会員ナンバーをお持ち でない方は入会手続 きを済ませてから受 講申請可能となりま す。	↓当てはまるものにチェックを入れてください。 <input type="checkbox"/> 日本糖尿病協会会員(本部会員) (会員ナンバー: _____) <input checked="" type="checkbox"/> 埼玉県糖尿病協会 個人会員 (13-1-29-0000-0000) <input type="checkbox"/> 埼玉県糖尿病協会(友の会) 埼玉糖協友の会 (13-) 名称:		
受講受理の案内書・受講料振込用紙・受験票書類一式・認定証書等の資料送付先住所をご記入ください。			
〒 123-4567 埼玉県さいたま市浦和区〇×△1-2-3 〇〇マンション101			
埼玉糖協 友の会へ入会している方は、友の会指導者の署名、捺印を頂いてください。			
友の会指導者記入欄	年 月 日 上記の者は本会員であることを証明いたします。 友の会名 指導者名 印		
*** 定員になり次第締め切らせていただきます。***			
事務局使用欄	受理番号:		埼玉県糖尿病協会 事務局

認定途中に住所や所属施設の変更があった場合は登録変更届けをご提出ください。*HP参照*

記入漏れや、何らかの理由により送付した書類が事務局へ返却された場合は、申請は無効となる場合があります。予めご了承ください。

糖尿病協会入会について：本部会員入会希望の方は、日本糖尿病協会HPをご覧ください。埼玉糖協個人会員入会希望の方は、埼玉県糖尿病協会のHP、「個人会員(医療スタッフ)入会申込書」にご記入の上 FAXにて申し込み下さい。

第3期生 埼玉県糖尿病療養指導士 (CDEL埼玉)

埼玉県糖尿病相談員 受講申込書 資格申請書(CDEJの方のみ)

ご記入日2018年 月 日

既にCDEL埼玉の資格をお持ちの方は申請不要です。

FAX: 048-681-0527

必要事項をご記入の上、上記番号までFAXにてお申込みください。

いずれか当てはまる方にチェックをしてください。

<input type="checkbox"/>	私は、CDEL埼玉認定講習会を受講します。
<input type="checkbox"/>	私は、日本糖尿病療養指導士(CDEJ)を有しているため、 無受講でCDEL埼玉の資格を希望します。
CDEJ認定番号	※CDEJ有資格者の方はCDEJ認定番号を必ず記載してください。

楷書でご記入ください。

フリガナ		西暦	年	月	日
氏名		性別 (男 ・ 女)			
所属施設名		職種			
フリガナ					
所属施設住所	〒				
※郵便番号からご記入 をお願いします	所属部署 ()				
所属施設 電話番号		携帯電話番号			

協会会員ナンバー 必須	↓当てはまるものにチェックを入れてください。 <input type="checkbox"/> 日本糖尿病協会会員(本部会員) (会員ナンバー: _____) <input type="checkbox"/> 埼玉県糖尿病協会(友の会) 個人会員 (13-1-29- _____) <input type="checkbox"/> 埼玉県糖尿病協会(友の会) 埼玉協友の会 (13-) 名称: _____
----------------	--

受講受理の案内書・受講料振込用紙・受験票書類一式・合格通知・認定証書等の資料送付先住所をご記入ください。

〒

埼玉糖協 友の会へ入会している方は、友の会指導者の署名、捺印を頂いてください。

友の会指導者記入欄	年 月 日
	上記の者は本会員であることを証明いたします。
	友の会名
	指導者名
	印

****定員になり次第締め切らせていただきます。****

事務局使用欄

受理番号:

埼玉県糖尿病協会 事務局