

事務局使用欄：

埼玉県糖尿病療養指導士（糖尿病相談員） 認定更新のための研修会

## 認定申請書

申請年月日

年 月 日

研修会の名称 正確に記入			
開催年月日・時間	年 月 日	時 分 ~	時 分迄
会場名（開催住所）	（〒 _____ ）		
開催の目的	糖尿病相談員として知識取得の機会を提供し、療養指導に当たるための支援の場とする。		
内容の概要			
主な対象者（職種等）	CDEL埼玉 その他		
参加見込み人数	_____ 名		
参加費	有料（ _____ 円） / 無料（該当するものに○、金額記入）		
CDEJの認定状況			
申請者連絡先（記入必須）	複数の共催の場合社名を記入		
社名： 住所： 担当者： 担当者携帯： 担当者E-MAIL：			
後援、協賛その他の団体を記入	申請料の領収書のコピーをこの枠に 貼り付けてご提出ください。		
埼玉県糖尿病協会 ホームページ 掲載	不 ・ 可（どちらかに○）		

\* 研修会の案内状及び申込書をホームページへ掲載の場合は、PDFにて2ヵ月前までに事務局へご提出ください。

\* 申請料については、埼玉県糖尿病協会が共催している研修会は3000円・共催していない場合は5000円となります。

\* 申請料の払込用紙は、埼玉県糖尿病協会事務局までお問い合わせ下さい。

問い合わせ先：080-2382-4630 E-MAIL [tokotokoyattekuru@yahoo.co.jp](mailto:tokotokoyattekuru@yahoo.co.jp)

\* 書式の変更不可