

埼玉県糖尿病療養指導士（糖尿病相談員）CDEL埼玉 参加者リスト

開催日：	担当メーカー：
開催場所：	開催時間： 時 分～ 時 分迄
研修会No <small>（埼玉協単位取得セミナーリスト参照）</small>	取得単位数：

No	当日参加 チェック ○・×	CDEL認定番号	フリガナ 氏 名	施設名	職 種	アドレス
1						
2						
3						
4						
5						
6						
7						
8						
9						
10						
11						
12						
13						
14						
15						
16						
17						
18						
19						
20						
21						
22						
23						
24						
25						

参加証明書を送った方のお名前・携帯番号をご記入ください。

氏名： 携帯番号：

氏名： 携帯番号：