

CDEL埼玉単位取得研修会No・（取得単位数）No、_____（ 単位）

提出日 20□□年 月 日

埼玉県糖尿病療養指導士（糖尿病相談員）認定機構 御中

申請者名（名刺でも可）

所属

住所

TEL

FAX

E-MAIL

埼玉県糖尿病療養指導士認定更新のための研修会

実施報告書

1. 研修会の名称

2. 主催・共催（代表者、担当者名を明記）

3. 実施日時

年 月 日（ ）

時 分 ～ 時 分

4. 参加者実数（うちCDEL埼玉認定者）

人（ 人）

5. その他の資料として以下のものを必ず添付してください。

①案内状・申込書

②参加者リスト（CDEL埼玉の認定者のみ）

③全体の芳名帳のコピー（A4）

④会計報告（埼糖協と共催している研修会のみ）

*②の参加者リストについては、CDEL埼玉認定委員会の指定のリストがあります。埼糖協事務局へお問合せ下さい。（シ-13）

問合せ先：080-2382-4630 E-MAIL tokotokoyattekuru@yahoo.co.jp

書式変更不可