

FAX送信

送信先:(0852)31-9783

島根県糖尿病協会事務局(担当 吉岡)

糖尿病療養指導カードシステム講習会 申込書

ふりがな ()

ご芳名 _____ 性(男性・女性) 年齢()才

職種 _____

E-mail _____

(*携帯不可。日糖協から資料が届きますので受け取り可能なアドレスをご記入ください。)

所属しておられる友の会の名前 ()

現在お持ちの資格に○をしてください。

- () 日本糖尿病療養指導士
- () 島根県糖尿病療養指導士
- () 糖尿病病態栄養専門管理栄養士
- () 慢性疾患看護専門看護師
- () 糖尿病看護認定看護師
- () 糖尿病専門医

勤務先名 _____

部署名 _____

勤務先住所 _____

勤務先TEL _____

勤務先FAX _____

施設で指導している糖尿病患者数 月平均()名くらい