島根糖尿病合同研修会2021受講申込

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| ①  氏名 |  | | | | |
| ②  メールアドレス | ※緊急時に連絡可能なアドレスをご記入ください | | | | |
| ③  携帯番号 | ※緊急時に連絡可能な携帯番号をご記入ください | | | | |
| ④  各会入会の有無  （該当全てに○） | 三会会員 | NPO法人島根糖尿病療養支援機構 | |  | |
| 島根県糖尿病療養指導士の会 | |  | |
| 糖尿病を考える会 | |  | |
| 非会員 | 島根県薬剤師会 | |  | |
| 島根県栄養士会 | |  | |
| 島根県医師会 | |  | |
| 島根県歯科医師会 | |  | |
| その他一般 | |  | |
| ⑤  職種  （該当に○） | 医師･歯科医師･薬剤師・保健師･看護師･准看護師･助産師  管理栄養士･栄養士･臨床検査技師･理学療法士･作業療法士･歯科衛生士  その他（　　　　　　　　　　　　） | | | | |
| ⑥  所属施設名 |  | | | | |
| ⑦  住所（自宅 ･ 職場） | 〒 | | | | |
| ⑧  受講希望講演に○ | 講演Ⅰ | | | |  |
| 講演Ⅱ | | | |  |
| 特別講演 | | | |  |
| 講演Ⅲ | | | |  |
| 講演Ⅳ | | | |  |
| ⑨  受講方法 | 会場受講⇒⑪に進む | | | |  |
| Web受講（個人受講）**※mail申込み必須** | | | |  |
| ⑩  単位証明希望  ※主会場  全日受講のみ | ※島根県糖尿病療養指導士 | | | | 認定番号： |
| ※日本糖尿療養指導士 | | | | 認定番号： |
| ※日本薬剤師研修センター研修認定 | | | | 免許番号： |
| 日本栄養士会 生涯教育実務研修 | | | | 会員番号： |
| ⑪  会場受講希望会場 | 会場受講 | | 松江市：くにびきメッセ | |  |
| 益田市：益田商工会議所 | |  |
| 浜田市：山根病院 | |  |
| ⑫  受講料※ | 三会会員：1,500円 | | | |  |
| 非会員：3,000円 | | | |  |

**※受講料の振込先：山陰合同銀行益田支店　普通3627347**

**※**本申込書にていただいた個人情報は、個人情報保護法及び関連法令類に基づき適正に管理･保護し、

目的以外の利用や第三者への情報提供は行いません。

**参加申込締切日　7月31日(土)**

**準備の都合上締切日厳守でお願いします。**