

受講申込書

受講申込み年月日：令和 年 月 日

ふりがな ()

氏 名 _____ (男 ・ 女) 生年月日 昭和・平成 年 月 日

資 格 医師 歯科医師 薬剤師 保健師 助産師 看護師 准看護師 管理栄養士
栄養士 臨床検査技師 衛生検査技師 理学療法士 作業療法士 臨床工学技士
歯科衛生士 その他()

資格取得年 昭和・平成 年 月

自宅住所 〒 - 住所

自宅電話 () - 自宅 FAX () -

施設名 _____ 所属部署 _____

施設住所 〒 - 住所

施設電話 () - 施設 FAX () -

連絡先の希望 (自宅 ・ 勤務先) (住所は自宅・施設両方必ず記入してください)

経 歴 * 実務経験が3年以上、糖尿病教育担当が1年以上であることがわかるように、
また、職歴とその間の糖尿病との関連など具体的に記載してください。

島根県糖尿病協会への加入状況 (該当する番号に○をしてください)

1. 島根県糖尿病協会所属の患者会に入会している～患者会名 ()
2. 島根県糖尿病協会へ直接入会している
3. どの会にも入会していない(受講認定後に入会する予定)
4. その他()

* 入会しておられない方は、後日必ず入会していただきます。

過去2年間に参加された患者会の行事名 【 _____ 】

記入例：糖尿病ウォークラリー、〇〇病院患者会リクレーションなど (無記入の場合は不参加とみなします)

過去2年間に参加された糖尿病関連の学会等 (参加されたものに○をしてください。)

- 1)日本糖尿病学会年次学術集会
- 2)糖尿病学会中国四国地方会
- 3)糖尿病学の進歩
- 4)中四国糖尿病療養指導スキルアップセミナー
- 5)糖尿病を考える会
- 6)JADEC年次学術集会
- 7)その他()