機構使用欄　　／　　（　　）

（様式１）

日本糖尿病療養指導士　認定更新のための研修会

認定申請書

申請年月日	2013 年 2 月 15 日
申請者名・印★	●● ●● ㊞

1. 研修会の名称★ ※「第〇回」「〇年度」等正確に記入	第〇回〇〇地区糖尿病研究会
2. 主催団体★・共催団体(★)	〇〇地区糖尿病研究会、〇〇県看護研究会、 〇〇県病院薬剤師会、□□株式会社、△△株式会社 主催共催における申請者の役職 ★（ 代表世話人 ）
3. 後援、協賛その他	なし
4. 年月日・時間★	2013 年 4 月 18 日（ 木 ） 10 時 00 分 ～2013 年 4 月 19 日（ 金 ） 16 時 00 分（挨拶等の時間を含む）
実質研修時間★	6 時間 00 分（挨拶・休憩・製品紹介等の時間は除く）
5. 会場名（開催都道府県）	〇〇会館　（ 東京 都道府県）
6. 開催の目的	〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇
7. 内容の概要	〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇
8. 主な対象者（職種等）	医師、看護師、管理栄養士、薬剤師、臨床検査技師、理学療法士
9. 参加見込み人数	１００ 人（うちｺﾒﾃﾞｨｶﾙ ８０ 人）
10. 参加費	有料（ 3,000 円） ／ 無料 （該当するものに〇、金額記入）
11. 備考 ※①②に該当する場合〇で囲む	①＜第１群＞（看護・栄養・臨床）と併願している ②一連の研修会（全 回）の第 回である

[1]申請者連絡先（記入必須）		[2]申請に関する連絡先（申請者と異なる場合のみ記入）	
勤務先・所属	〇〇病院　〇〇科	担当者名・印	□□　□□ ㊞
		勤務先・所属	□□株式会社　□□事業部
住所	〒 113-0033 文京区本郷 2-32-〇本郷 T&S ビル	住所	〒 113-0033 文京区本郷□-□-□本郷□□ビル
TEL	03-3815-〇〇〇〇	TEL	03-3815-□□□□
FAX	03-3815-〇〇〇〇	FAX	03-3815-□□□□

[3]ホームページ・雑誌への掲載について（記入必須）　※該当箇所に〇または記入

問合せ先	[1]　と同じ　・　[2]　と同じ　・　それ以外（下の（ ）内に記入） （所属・氏名：　△△協会事務局・担当：△△　△△　）
問合せ方法 ※TEL/FAX/E-MAIL いずれかの記入必須	TEL　・　FAX　・　E-MAIL　・　それ以外（下の（ ）内に記入） （番号/アドレス：　FAX：03-3815- △△△△、e-mail：abc@def.jp　）
申込締切日や定員がある場合はご記入ください	申込締め切り：３月 10 日　定員：150 名

◆申請・問合せ先：日本糖尿病療養指導士認定機構（TEL：03-3815-1481／〒113-0033　文京区本郷 2-30-7　本郷 T&S ﾋﾞﾙ 3 階）

★印の項目は「参加証」に記載していただきますので正確に記入してください。　※書式の変更不可