ＣＤＥＪカード再発行願

（西暦）＿＿＿＿年＿＿月＿＿日

一般社団法人日本糖尿病療養指導士認定機構　御中

下記のとおりＣＤＥＪカードの再発行を願い出ます。

氏名	印
認定番号（５桁）	
再発行を希望する理由（ひとつに〇）	１．氏名変更のため（CDEJ カード要添付） ２．紛失のため ３．その他（具体的に）※以下余白に記載
連絡先住所	〒＿＿＿＿－＿＿＿＿
連絡先電話番号	－　　－

※再発行手数料として 82 円切手 6 枚を同封の上、下記へ郵送してください。
ＣＤＥＪカードは、お申込みから３ヵ月以内に発行します。

日本糖尿病療養指導士認定機構　事務局
〒113 -0033 東京都文京区本郷 2-30-7 本郷 T&S ビル 3 階