

第 17 回受験者用講習会(平成 28 年度) 仮登録書

1 登録の有無: ☐ i 登録あり と ☐ ii 登録なし のいずれか 1 つに○をつけてください。

i	登録あり (過去に1度でも本機構主催講習会の受講申込をしたことがある方・登録番号がある方) ↓ 登録番号を記入。下記 2 は必ず記入、3 は変更がある方のみご記入ください。							
	<table border="1"> <tr> <td>登録番号 (6桁)</td> <td>0</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </table>	登録番号 (6桁)	0					
登録番号 (6桁)	0							
ii	登録なし (今回初めて登録する方) 下記 2 と 3 の項目をご記入ください。							

2 受講者情報の登録 (全員必ずご記入ください。)

フリガナ			※氏名・生年月日等は、記入されたとおり登録しますので、正確にご記入ください。 ※生年月日の西暦と元号の換算違い等にご注意ください。
氏名	(姓)	(名)	
生年月日(右詰め)	西暦	1 9 年 月 日	
性別(*)	1. 男 2. 女		
医療職種(*)	1. 看護師 2. 管理栄養士 3. 薬剤師 4. 臨床検査技師 5. 理学療法士		
受講会場(*)	1. 北海道(札幌) 10/15~10/16 4. 近畿(大阪) 10/29~10/30 2. 関東甲信越(横浜) 10/29~10/30 5. 九州(福岡) 10/ 1~10/ 2 3. 中部(名古屋) 11/ 5~11/ 6		
e ラーニングをご希望の方は、仮登録書ではなくインターネットでお申込みください。			

3 連絡先の登録 (今回初めて登録する方は必ず全てご記入ください。)

※登録番号をお持ちの方は、勤務先・ご自宅の変更がある部分のみご記入ください。

(変更がない方は記入不要です。)

勤務先施設名	※現在お勤めでない方は、「なし」とご記入ください。														
所属部科等															
勤務先住所	〒				—										都道府県
	(フリガナ)														
勤務先電話番号						—									(内線)
勤務先 FAX 番号						—									
自宅住所 (建物名まで正確 にお書きください)	〒				—										都道府県
	(フリガナ)														
自宅電話番号						—									—
郵送物送付先(*)	1. 勤務先 2. 自宅														

- (*)マークの欄は、該当するものひとつを○で囲んでください。
- 記入もれ・記入ミスがないよう、送付前に必ずご確認ください。
- 郵送による仮登録受付期間は 6月15日(水)~7月15日(金) (※必着) です。
- 官製はがき(正式登録通知用、おもてもうらも何も記入しない) 1枚を必ず同封**してください。
- 仮登録書送付先・お問い合わせ先:
一般社団法人 日本糖尿病療養指導士認定機構「講習会係」
〒113-0033 東京都文京区本郷 2-30-7 本郷 T&S ビル 3 階 (TEL: 03-3815-1481)
- ご記入いただいた個人情報、本機構から皆様への講習会・認定試験・認定更新に関するご連絡のためにのみ利用します。

FAX でのお申し込みは受け付けておりません