

第18回受験者用講習会(平成29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> </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. 関東甲信越(横浜) 10/8(日)~10/9(月祝) ※お申込みの前に、ホームページで会場の空き状況をご確認ください。 2. 近畿(大阪) 9/30(土)~10/1(日) eラーニングは、仮登録書ではお申込みできません。インターネットでお申込みください。 3. 九州(福岡) 9/30(土)~10/1(日)		

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(木)~7月14日(金)(※必着)** です。
- 官製はがき(額面 62 円) 1枚を必ず同封してください(正式登録通知用、両面とも無記入で折り目のないもの。年賀はがき等の特殊はがきは不可)。**
- 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は、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