

CDE J 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 CDE J カードの再発行を願い出ます。

氏名		印
登録番号 (6桁)		
認定番号 (5桁)		
再発行を希望する理由 (ひとつに○)	1. 氏名変更のため (CDEJ カード要添付) 2. 紛失のため (紛失日: _____ 年 ____ 月頃) 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 84 円切手 6 枚を同封の上、下記へ郵送してください。

CDE J カードは、お申込みから 3 ヶ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