

福島県糖尿病療養指導士 認定更新のための研修会

認定申請書

No.	※事務局記入 F
-----	-------------

申請年月日 20 年 月 日

研修会名称		
主催団体 共催団体		
後援・協賛 その他		
年月日・時間 実質時間	20 年 月 日 () 時 分 (挨拶・製品紹介等含む) から 20 年 月 日 () 時 分 (挨拶等含む) ※ 時間 分 (挨拶・製品紹介等は除く)	
会場名	福島県	
開催の目的		
主な対象者 (職種)		
参加見込み 人数	人 (うち福島県糖尿病療養指導士 人)	
参加費	有料 (円) / 無料 (該当するものに○)	
必要部数	(予想される福島県糖尿病療養指導士人数) 部	
申請者連絡先	申請者	Ⓜ
	施設名	
	住所	
	TEL	(申請者携帯)
	FAX	

<申請先> 福島県糖尿病療養指導士会事務局

〒963-8851 福島県郡山市開成 6-192-2 せい内科クリニック内