

受講申込必要書類 請求書

私は、今年度開催される飯田下伊那地域糖尿病療養指導士育成研修会を受講したいので、必要書類一式を送ってください。

請求年月日	令和 年 月 日
勤務先 (病院・診療所等)	
所属部署	
職 種	
ふりがな 氏 名	
勤務先住所	〒 ー
勤務先電話番号	

研修会受講を希望する方はこの請求書と返信用封筒「角形2号」(切手140円)を添えて育成会事務局へ請求してください。これを受けて事務局より必要書類をお送りします。

事務局

〒 395-8502 飯田市八幡町438番地

飯田市立病院 地域医療連携課 地域医療連携係

電話 0265-21-1255 (内2237)

FAX 0265-21-1229 (直通)