

(様式1)

飯田下伊那地域糖尿病療養指導士育成研修会 受講申込書

飯田下伊那地域糖尿病療養指導士育成研修会(全5回)への参加を希望します

申込年月日	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		あなたは日本糖尿病療養指導士の資格を取得していますか。 している ・ していない
勤務先住所	〒 ー	
勤務先電話番号		
勤務先以外への連絡を希望される方はその連絡先をご記入ください		

7月末日までに郵送またはファックスにて事務局宛にお申込みください。
同時に申込者の氏名にて受講料を育成会口座にお振込みください。

育成会口座 みなみ信州農業協同組合 伊賀良支所
普通 0013573 名義 飯田下伊那地域糖尿病療養指導士育成会

事務局連絡先

〒 395-8502 飯田市八幡町438番地
飯田市立病院 地域医療部 地域医療連携係
電話 0265-21-1255 (内2237) FAX 0265-21-1229