

飯田下伊那地域糖尿病療養指導士 認定更新申請書

私は飯田下伊那地域糖尿病療養指導士の認定更新の時期となったため、認定更新要綱に基づき、認定更新を申請します。

申請日	令和 年 月 日
認定番号	
フリガナ 氏名	印
住所	〒
電話番号	
メールアドレス	
勤務先	
職種	
申請時点での状況	
・糖尿病患者の療養指導の業務従事期間	年 か月
・研修会受講状況	回
・認定行事参加状況	回

・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。

〒 395-8502 飯田市八幡町438番地
飯田市立病院 地域医療連携課
電話 0265-21-1255 (代表)
FAX 0265-21-1229 (直通)