

(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)	
勤務先住所	〒 -
電話番号	
所属部署(職種)	()
フリガナ 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
メールアドレス	
住所	〒 -
電話番号	
送り先 (どちらか選んでください)	勤務先 ・ 自宅

8月30日(金)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

〒 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 0265-21-1236 (直通)