

(様式2)

飯田下伊那地域糖尿病療養指導士 受験申込書

飯田下伊那地域糖尿病療養指導士認定試験の受験を申し込みます。

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	
勤務先住所	〒 -
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	

12月末日までに他の書類とともに郵送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験料(2,000円)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 地域医療連携課
電話 0265-21-1255 FAX 0265-21-1236