

糖尿病療養指導関連有資格者申込書 (試験免除)

申請種別	1 種	2 種	3 種
医療職種 ※コピー添付 該当職種に○を ご記入ください	1.看護師 2.保健師 3.管理栄養士 4.薬剤師 5.臨床検査技師 6.理学療法士	7.准看護師 8.栄養士 9.歯科衛生士 10.健康運動指導士 11.臨床心理士 12.その他、糖尿病療養支 援に従事する職種 ()	13.事務 14.その他 ()
糖尿病療養指導関連の資格 ※該当に○を記入	糖尿病看護認定看護師・慢性疾患看護専門看護師・ 日本糖尿病療養指導士・地域糖尿病療養指導士		

記入日	西暦 年 月 日		
ふりがな			性 別 男 ・ 女
氏 名	(印)		生年月日 西暦 年 月 日
			年 齢 歳
m a i l			
勤 務 先	名 称		
	所 属 部 科		
	住 所	〒	
	T E L		F A X
自 宅	住 所	〒	
	T E L		F A X
郵便物送付先	<input type="checkbox"/> 勤務先 <input type="checkbox"/> 自宅		

糖尿病患者の療養指導または支援に従事した経歴(主なものを1つ・無い場合は施設欄に「無し」と記入)

期 間	年 月 ~ 年 月
施 設 名	

提出書類チェック表

申込書

各種資格証明書のコピー

書類送付

書類送付先は下記の通りですので、切り取ってお使い下さい



〒260-0026

千葉市中央区千葉港 4-1

千葉県医師会館 1F

千葉県糖尿病対策推進会

議事務局 行

**試験免除
申込書在中**