年　　　月　　　日

**様式１**

千葉県糖尿病療養指導士/支援士　認定更新　申請書

下記の通り千葉県糖尿病療養指導士/支援士の認定更新の申請を致します。

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 種別 | 1　種 | 2　種 | 3　種 |
| 糖尿病療養指導関連の資格※コピー添付 | 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(CDE-Chibaは含まない) |
| 認定番号 |  | 職種 | 　 |
| (ふりがな） |  | 性別 | 男　　・　　女 |
| 氏名 | ㊞　　　 | 生年月日 | 西暦　　　　年　　　月　　　　日 |
| 年齢 | 　　　　　　　　才 |
| 勤務先 | 施設名称 | 　 |
| 所属部科 | 　 |
| 住所 | 〒 |
|
| ＴＥＬ | 　 | ＦＡＸ | 　 |
| 自宅 | 住所 | 〒 |
|
| ＴＥＬ | 　 | ＦＡＸ | 　 |
| 電子メールアドレス | 　 |
| 郵便物郵送先 | □　勤務先　　・　　□　自宅 |
| 日本糖尿病協会 | 会員　　・　　非会員 |
| 単位申請数 | （　　　　　　　　　）単位　　　　CDE-Jを有するものは未記入 |

〖注意事項〗

※申請用紙に不備がある場合は受付致しかねます。

記入漏れや間違い・印鑑の押し忘れ等が無い様にお願い致します。

※上記の「種別」「糖尿病療養指導関連の資格」にはいずれかに ○ を記入してください。