申請日　　　　年　　　月　　　日

**様式６**

**千葉県糖尿病療養指導士/支援士　認定更新延長　申請書**

私は、千葉県糖尿病療養指導士/支援士の認定更新が不可能となったため、認定更新規則に基づき認定更新の延長を申請します。

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 種別 | 1　種 | 2　種 | 3　種 |
| 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 |
| 認定期間の延長を申請する理由 | 更新が不可能となった事情（該当する項目に○）出産、育児、介護休暇 ・ 病気などによる休職 ・ 異動、進学国内外留学、長期出張 ・ 　　　　離職中　　 ・ 単位数の不足その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） |
| 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・研修単位取得状況（　　　　　　）回・（　　　　　　）単位 |

※申請用紙に不備がある場合は受付が出来ません。

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。