**第10回千葉県糖尿病療養指導士／支援士(CDE-Chiba)試験免除申込書**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **受験種別** | **１　種** | | **２　種** | **３　種** |
| 医療職種  *※1種・2種は資格証のコピー添付*  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.　医療秘書  15.　教員  16.　企業社員  17.その他  （　　　　　　　　） |
| 糖尿病療養指導関連の資格  該当に✓を記入 | | 【　　　】日本糖尿病療養指導士  【　　　】他県CDEL（　　　　　　都道府県） | | |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **ふりがな** |  | **性　　別** | 男　・　女 |
| **氏　名** |  | **生年月日** | (西暦)　　　　　年　　　月　　　日 |
| **年　　齢** | 歳 |

|  |  |
| --- | --- |
| **メールアドレス** |  |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **勤務先** | **名　　称** |  | | |
| **所属部科** |  | | |
| **住　　所** | 〒 | | |
| **TEL** |  | **FAX** |  |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **自　宅** | **住　　所** | 〒 | | |
| **TEL** |  | **FAX** |  |

|  |  |
| --- | --- |
| **郵送物送付先** | **勤務先　　　　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・ない場合は施設名欄に「無し」と記入）

|  |  |
| --- | --- |
| **期　間** | **年　　　　月　　～　　　　年　　　　月** |
| **施設名** |  |