

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 | <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・ない場合は施設名欄に「無し」と記入）

| | |
|-----|-----------|
| 期間 | 年 月 ～ 年 月 |
| 施設名 | |