

千葉県糖尿病対策推進会議

千葉県糖尿病療養指導士／支援士

(CDE-Chiba)

各種手続き

(一社)千葉県糖尿病対策推進会議

目 次

手続き

- 1 千葉県糖尿病療養指導士／支援士 登録内容変更届・・・P4
(切り取り P16)
- 2 認定証 再発行申込書・・・・・・・・・・・・・・P5
(切り取り P18)
- 3 千葉県糖尿病療養指導士／支援士 認定更新 申請書等・P6
(切り取り P20～32)
- 4 退会届・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・P15
(切り取り P34)

(付録) 規定

- 5 千葉県糖尿病対策推進会議 定款・・・・・・・・・・P38
- 6 千葉県糖尿病療養指導士／支援士 認定制度規則・・・・P47
- 7 千葉県糖尿病対策推進会議会費規定・・・・・・・・・・P51
- 8 千葉県糖尿病療養指導士／支援士 更新規定・・・・・・P52
- 9 千葉県糖尿病療養指導士／支援士 更新規定 別表・・・・P55

千葉県糖尿病療養指導士／支援士 登録内容変更手続きについて

【手続きに必要なもの】

●千葉県糖尿病療養指導士／支援士 登録内容変更届 （以下、変更届）

【手続きの流れ】

①変更届をホームページよりダウンロード、または次ページをコピーし、必要事項を記入してください。

②変更届を事務局へ提出

提出方法は下記のいずれかの方法をお願いします。

■郵送

〒260-0026 千葉市中央区千葉港 4-1
千葉県医師会館内 1 階
千葉県糖尿病対策推進会議 事務局 宛

■FAX (043 - 239 - 5461)

■メール (dmchiba@dmchiba.jp)

【記入にあたっての注意事項】

* 変更届書面内の【変更前】の欄は必ず記入してください。

* 【変更後】の欄は変更となる箇所のみ記入してください。

千葉県糖尿病療養指導士／支援士 認定証 再発行手続きについて

認定証を紛失・毀損した場合や氏名や職種など認定証に記載されている内容に変更があった場合、認定証を再発行することができる。

【再発行に必要なもの】

- 一般社団法人 千葉県糖尿病対策推進会議 認定証 再発行申込書
(以下、申込書)
- 手数料 600円(税込)

【手続きの流れ】

- ①申込書を HP よりダウンロード、または次ページをコピーし、必要事項を記入して下さい。
- ②手数料(600円)を下記口座へ入金 ※入金後の返金はありません

【振込先口座】

千葉銀行 本店 普通 3948954
一般社団法人 千葉県糖尿病対策推進会議 代表理事 橋本尚武

- ③申込書を事務局へ提出

提出方法は下記のいずれかの方法をお願いします。

■郵送

〒260-0026 千葉市中央区千葉港 4-1
千葉県医師会館内 1 階
千葉県糖尿病対策推進会議 事務局 宛

■FAX (043 - 239 - 5461)

■メール (dmchiba@dmchiba.jp)

- ④認定証の発行は申込書到着後、2週間以内に事務局より郵送します。

※手数料入金後、2週間ではありません。

千葉県糖尿病療養指導士／支援士 認定更新 手続きの流れ



提出書類

①-1	千葉県糖尿病療養指導士／支援士 認定更新 申請書	P20
①-2	千葉県糖尿病療養指導士／支援士 認定更新延長 申請書	P32
②-1	糖尿病療養指導／支援自験例の記録 3枚 (用紙が足りない場合はコピーして使用すること)	P24
②-2	千葉県糖尿病療養指導／支援 論作文 (用紙が足りない場合はコピーして使用すること)	P26
③	糖尿病療養指導／支援 活動申告書	P22
④	CDE-Chiba参加証 ④は「認定更新のための研修会 参加証等 貼り付け用紙」を活用	P28
⑤	千葉県糖尿病療養指導士／支援士 認定研修会 参加／発表リスト	P30
⑥	医療職種を証明するもの 例)看護師免許証、薬剤師免許証等	各自用意
⑦	日本糖尿病療養指導士(CDEJ)認定証	各自用意

※1 CDEJの資格はCDE-Chiba認定更新時に有していれば問題ありません。
例)CDEJ有効期限が2020年3月31日までで、CDE-Chibaの更新申請を2020年1月にした場合は更新手続き時はCDEJを有している者とみなす

※2 退会届は更新該当年度の12月までに提出してください。

※3 延長申請をした年度に更新料を支払った場合、更新申請時には更新料の支払いはありません。

※4 新たに認定証を発行しませんので、「延長決定通知」をもって資格の証明書とします。

千葉県糖尿病療養指導士／支援士 資格期間年次表

第8回千葉県糖尿病療養指導士/支援士認定講義・試験 合格者向け

試験	1年目		2年目	3年目	4年目	5年目												
11月10日	2月	4月1日	4月1日	4月1日	4月1日	4月1日	5月	6月	7月	8月	9月	10月	11月	12月	1月	2月	3月	4月1日
	CDE-Chiba認定期間 5年間																	
	CDE-Chiba更新単位の有効となる研修会の開催期間 ※1																	
試験・講義	試験結果 認定証到着	CDE-Chiba 資格期間 スタート 1年目	2年目 スタート	3年目 スタート	4年目 スタート	5年目 認定期間 最終年度 年会費と合わせて更新料を支払う * 延長者も支払う * CDEJ保有者は年会費のみ								更新単位 取得の 締め切り	更新手続き	更新審査	新しい認定 証が届く	CDE-Chiba 資格期間ス タート

※1 CDE-Chiba更新には「千葉県糖尿病療養指導士／支援士のための研修会」に参加し、30単位を取得してください。
本単位の有効となる研修会は2020年2月～2024年12月までに開催されたもののみです。認定期間より前、後に取得した単位は更新単位として認めません。

CDE-Chiba更新1回目 年次表 ※2																更新2回目以降	
1年目	2年目	3年目	4年目	5年目												1年目	...
4月1日	4月1日	4月1日	4月1日	4月1日	5月	6月	7月	8月	9月	10月	11月	12月	1月	2月	3月	4月1日	
更新後CDE-Chiba認定期間 5年間																CDE-Chiba 資格期間ス タート	
CDE-Chiba更新単位の有効となる研修会の開催期間 ※1														更新手 続き		新しい認定 証交付	1年目

※2 更新をした後、以降の認定期間は4月1日より開始します

いずれかを有する場合
該当に○を記入

令和○年 ○○月 △△日

千葉県糖尿病療養指導士/支援士 認定更新 申請書(記入例)

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」「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。

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	110101234	職種	看護師
(ふりがな)	ちば はなこ	性別	男 ・ 女
氏名	千葉 花子 ⑩	生年月日	西暦 19△△年 ○月 ○○日
		年齢	○○ 才
勤務先	施設名称	○○病院	
	所属部科	看護部	
	住所	〒○○○-○○○○ 千葉県○○市△△ □の◇番	
	TEL	000-000-0000	FAX
自宅	住所	〒△△△-△△△△ ○○県△△市□□ ◎の◇番	
	TEL	090-0000-0000	FAX
電子メールアドレス	aaa@bbb.cc.dd		
郵便物郵送先	☐ 勤務先 ・ ☒ 自宅		どちらかにチェック
日本糖尿病協会	会員 ・ ☒ 非会員		どちらかに○を記入
単位申請数	(36) 単位 CDE-J を有するものは未記入		

取得した単位数を記入

【注意事項】

※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。

※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。

糖尿病療養指導／支援 活動申告書

認定番号(110101234)

氏名(○○ ○○)

職 歴		施 設 名	勤 務 部 署	業 務 内 容
期 間	職 種			
20○○年 ○月 ○○日 ～ 20△△年 △月 △△日	看護師	○○病院	看護局	例)2型糖尿病患者への療養指導など
年 月 日 ～ 年 月 日				業務内容は糖尿病療養指導／支援した時の業務内容を簡単に記載。
この期間とは療養指導／支援に携わった期間を記入すること。 なお人事異動で一時的に糖尿病関連から離れた場合、 離れていた期間を除いて記入すること。 その際は2段目を活用すること。				
年 月 日 ～ 年 月 日				
年 月 日 ～ 年 月 日				
年 月 日 ～ 年 月 日				
年 月 日 ～ 年 月 日				
年 月 日 ～ 年 月 日				

糖尿病療養指導／支援自験例の記録（記入例） No.（ ）

認定番号：110101234	氏名：〇〇 〇〇
医療職： <u>看護師</u> 保健師 管理栄養士 薬剤師 臨床検査技師 理学療法士 准看護師 栄養士 歯科衛生士 健康運動指導士 臨床心理士 その他糖尿病療養支援に従事する職種（ ） 事務 その他（ ）	ご自身の該当職種へ ○を記載
症例について（不明な点は無記入でも可）	
施設：病院・ <u>診療所</u> ・その他（ ） 年齢：（ 〇〇 ）歳 性別： <u>男</u> ・女 入院・ <u>外来</u> 在宅 病型：1型・ <u>2型</u> ・妊娠糖尿病・その他（ ） 合併症（ 〇〇症、（ない・不明の場合は「特になし」「不明」と記載） ）	
この症例に行った療養指導（第1種・第2種）／この症例への療養支援（第3種） ＊各項目4つ以内の箇条書きでまとめてください	
① この症例に行った療養指導上の問題点（第1種・第2種）／ この症例への支援のきっかけ・場面（第3種）	
② ①の問題点への対応（第1種・第2種）／ この症例にどのような支援をしたか（第3種）	
③ あなたと主治医やチームの他職種との連携（第1種・第2種・第3種）	
④ あなたの指導による患者さんの変化（第1種・第2種）／ あなたの支援により患者さんはどのような反応があったか（第3種）	

千葉県糖尿病療養指導／支援 論作文（記入例） （ 枚目／全 枚）

認定番号：110101234	氏名：〇〇 〇〇
医療職： <u>看護師</u> 保健師 管理栄養士 薬剤師 臨床検査技師 理学療法士 准看護師 栄養士 歯科衛生士 健康運動指導士 臨床心理士 その他糖尿病療養支援に従事する職種（ ） 事務 その他（ ）	

テーマ：糖尿病療養指導／支援に対する想い。最近の糖尿病関連のトピックスへの考察等。

論作文名 _____

起承転結を意識して作成すること

以上

＊注意＊

用紙が足りない場合、本用紙を複数枚使用してください。用紙枚数に指定はありません。

認定更新のための研修会 参加証等 貼り付け用紙（記入例）

取得している
単位数

認定番号 110101234

氏名 ○○ ○○

○○ 単位分

○ 枚目／全 ○ 枚

の	り	付	け	の	本貼付け用紙の枚数を記載。 例）用紙が2枚になったら、 1 枚目／全2枚と記入	け
の	り	付	け	の		け
の	り	付	け	の		け

○○研修会
参加証

あなたが本研修会に参加したことを証明します。

- 参加者名
- 主催(共催)団体名
- 開催年月日・時間
- 実質研修会時間 ○時間○○分

本研修会は千葉県糖尿病対策推進会議より
「CDE-Chiba 認定更新のための研修会」として認定されています。

- 研修会番号 ○○-○○○
- 認定単位数 ○単位

開催日 20○○年 ○月 ○○日

- 会代表者名
○○研究会、○○株式会社など

(印)

参加した研修会の参加証を、貼
付け用紙の「のり付け」の箇所
に貼付する。

○○研修会
参加証

あなたが本研修会に参加したことを証明します。

- 参加者名
- 主催(共催)団体名
- 開催年月日・時間
- 実質研修会時間 ○時間○○分

本研修会は千葉県糖尿病対策推進会議より
「CDE-Chiba 認定更新のための研修会」として認定されています。

- 研修会番号 ○○-○○○
- 認定単位数 ○単位

開催日 20○○年 ○月 ○○日

- 会代表者名
○○研究会、○○株式会社など

(印)

貼付していくと、このように重なることになる。
重ねた下の参加証が見えるように、「のり付け」
箇所のみに糊付けすること。

【注意事項】参加証の「参加者名」に、必ず参加者ご本人の氏名を明記してください。
（参加単位が無効になる場合がございます。）

千葉県糖尿病療養指導士/支援士 認定研修会 参加/発表リスト

認定番号 110101234

氏名 〇〇 〇〇

〇〇 単位分

〇 枚目/全 〇 枚

日 付	認定更新のための研修会名	参加/発表(該当に○)	単位数
20〇〇年 〇月 〇日	〇〇研修会	参加 / 発表	2 単位
20△△年 △月 △日	△△研究会	参加 / 発表	3 単位
年 月 日		参加 / 発表	単位
年	参加した研修会をリスト式で作成する。 「参加/発表」とは参加した研修会で発表もしたか、参加のみしたか確認するもの。 発表も行っている場合、参加した研修会の認定単位数に+2単位加算する。 記入欄が不足した場合、複数枚に分けて作成する。		単位
年			単位
年			単位
年			単位
年 月 日		参加 / 発表	単位
年 月 日		参加 / 発表	単位
年 月 日		参加 / 発表	単位
年 月 日		参加 / 発表	単位
年 月 日		参加 / 発表	単位
年 月 日		参加 / 発表	単位
年 月 日		参加 / 発表	単位
年 月 日		参加 / 発表	単位
年 月 日		参加 / 発表	単位
年 月 日		参加 / 発表	単位
年 月 日		参加 / 発表	単位
年 月 日		参加 / 発表	単位
年 月 日		参加 / 発表	単位
年 月 日		参加 / 発表	単位
合計			単位

千葉県糖尿病療養指導士/支援士 認定更新延長 申請書(記入例)

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	110101234		職種	看護師		
(ふりがな)	ちば はなこ		性別	男 ・ 女		
氏名	千葉 花子 印		生年月日	西暦 19△△年 〇月 〇〇日		
			年齢	〇〇 才		
勤務先	施設名称	〇〇病院				
	所属部科	看護部				
	住所	〒〇〇〇-〇〇〇〇 千葉県〇〇市△△ 〇の◇番				
	電話番号	000-000-0000	FAX	111-111-1111		
自宅	住所	〒△△△-△△△△ 〇〇県△△市□□ ◎の◇番				
	電話番号	090-0000-0000	FAX	222-222-2222		
電子メールアドレス	aaa@bbb.cc.dd					
郵便物郵送先	☐ 勤務先 ・ ☒ 自宅			どちらかにチェック		
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 その他 （ ） 単位数の不足					
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 〇 年 〇 か月 ・ 研修単位取得状況（ 〇〇 ）回 ・ （ 〇〇 ）単位					

糖尿病に関する業務
についての期間を記入

CDE-Chiba 単位がある研修
会に参加した数と現状の取得
単位数

千葉県糖尿病対策推進会議 退会手続きについて

【概要】

千葉県糖尿病療養指導士／支援士が不要、千葉県糖尿病対策推進会議会員の継続が困難などの場合に退会手続きをすることができる。

【手続きに必要なもの】

- 千葉県糖尿病対策推進会議 退会届 （以下、退会届）

【手続きの流れ】

- ①退会届をホームページよりダウンロード、または次ページをコピーし、必要事項に記入
- ②退会届を事務局へ提出
提出方法は下記のいずれかの方法でお願いします。

■郵送

〒260-0026 千葉市中央区千葉港 4-1
千葉県医師会館内 1 階
千葉県糖尿病対策推進会議 事務局 宛

■FAX (043 - 239 - 5461)

■メール (dmchiba@dmchiba.jp)

*注意事項

退会前に入金された会費はご返金致しません。

千葉県糖尿病療養指導士/支援士 登録内容変更届

千葉県糖尿病対策推進会議 行き

FAX 043-239-5461

【変更前】

E-Mail dmchiba@dmchiba.jp

認定番号			職種	
(フリガナ) 氏名	姓 ()		名 ()	
所属先				
所属先住所	〒 ー 部署：			
所属先連絡先	TEL		FAX	
自宅住所	〒 ー			
自宅連絡先	TEL		FAX	

【変更後】

			職種	
(フリガナ) 氏名	姓 ()		名 ()	
所属先				
所属先住所	〒 ー 部署：			
所属先連絡先	TEL		FAX	
自宅住所	〒 ー			
自宅連絡先	TEL		FAX	
E-Mail	@			
CDE-J資格	有 ・ 無			

認定証 再発行申込書

申請日 年 月 日

手数料 (□ に✓ を付けてください)	☐ 千葉県糖尿病療養指導士／支援士認定証再発行 手数料(600円) 税込を支払いました ※入金後の返金はありません。		
手数料振込日	年 月 日		
認定番号		職種	
フリガナ			
氏 名			
認定証送付先	〒		
連絡先 TEL/FAX	/		
連絡先 メール			
再発行申請の理由 (□ に✓ を付け、その他の場合は事由を記入ください)	☐ 紛失 ☐ 破損 ☐ 汚損 ☐ 記載事項変更 ☐ その他()		

必要事項をご記入いただき、郵送、E-Mail、FAX 等でご提出ください。

〒260-0026 千葉市中央区千葉港4-1 千葉県医師会館1階
 千葉県糖尿病対策推進会議事務局 再発行交付担当 宛
 TEL:043-239-5474 FAX:043-239-5461 E-Mail:dmchiba@dmchiba.jp
 手数料振込口座：千葉銀行 (0134) 本店 (001) 普通預金 口座番号 3 9 4 8 9 5 4
 口座名義 一般社団法人千葉県糖尿病対策推進会議代表理事橋本尚武

◆留意事項◆

※入金確認後、2週間程度で発行します。2週間経過後、お手元に届かない場合はお知らせください。

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をお願い致します。

※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。

糖尿病療養指導／支援 活動申告書

認定番号() 氏名()

[illegible]

糖尿病療養指導／支援自験例の記録 No. ()

認定番号：	氏名：
医療職：看護師 保健師 管理栄養士 薬剤師 臨床検査技師 理学療法士 准看護師 栄養士 歯科衛生士 健康運動指導士 臨床心理士 その他糖尿病療養支援に従事する職種 () 事務 その他 ()	
症例について（不明な点は無記入でも可）	
施設：病院・診療所・その他 () 年齢：() 歳 性別：男・女 入院・外来・在宅 病型：1 型・2 型・妊娠糖尿病・その他 () 合併症 ()	
この症例に行った療養指導（第 1 種・第 2 種）／この症例への療養支援（第 3 種） ＊各項目 4 つ以内の箇条書きでまとめてください	
① この症例に行った療養指導上の問題点（第 1 種・第 2 種）／ この症例への支援のきっかけ・場面（第 3 種）	
② ①の問題点への対応（第 1 種・第 2 種）／ この症例にどのような支援をしたか（第 3 種）	
③ あなたと主治医やチームの他職種との連携（第 1 種・第 2 種・第 3 種）	
④ あなたの指導による患者さんの変化（第 1 種・第 2 種）／ あなたの支援により患者さんはどのような反応があったか（第 3 種）	

千葉県糖尿病療養指導／支援 論作文 (枚目／全 枚)

認定番号：	氏名：
医療職：看護師 保健師 管理栄養士 薬剤師 臨床検査技師 理学療法士 准看護師 栄養士 歯科衛生士 健康運動指導士 臨床心理士 その他糖尿病療養支援に従事する職種（ ） 事務 その他（ ）	

テーマ：糖尿病療養指導／支援に対する想い。最近の糖尿病関連のトピックスへの考察等。

論文名

[illegible]

以上

*** 注意 ***

用紙が足りない場合、本用紙を複数枚使用してください。用紙枚数に指定はありません。

認定更新のための研修会 参加証等 貼り付け用紙

認定番号 _____ 氏名 _____

単位分 _____ 枚目／全 _____ 枚

の	り	付	け	の	り	付	け
の	り	付	け	の	り	付	け
の	り	付	け	の	り	付	け
の	り	付	け	の	り	付	け
の	り	付	け	の	り	付	け
の	り	付	け	の	り	付	け

【注意事項】参加証の「参加者名」に、必ず参加者ご本人の氏名を明記してください。
(参加単位が無効になる場合がございます。)

千葉県糖尿病療養指導士/支援士 認定研修会 参加/発表リスト

認定番号 _____ 氏名 _____

_____ 単位分 _____ 枚目/全 _____ 枚

日 付	認定更新のための研修会名	参加/発表(該当に○)	単位数
年 月 日		参加 / 発表	単位
年 月 日		参加 / 発表	単位
年 月 日		参加 / 発表	単位
年 月 日		参加 / 発表	単位
年 月 日		参加 / 発表	単位
年 月 日		参加 / 発表	単位
年 月 日		参加 / 発表	単位
年 月 日		参加 / 発表	単位
年 月 日		参加 / 発表	単位
年 月 日		参加 / 発表	単位
年 月 日		参加 / 発表	単位
年 月 日		参加 / 発表	単位
年 月 日		参加 / 発表	単位
年 月 日		参加 / 発表	単位
年 月 日		参加 / 発表	単位
年 月 日		参加 / 発表	単位
年 月 日		参加 / 発表	単位
年 月 日		参加 / 発表	単位
年 月 日		参加 / 発表	単位
年 月 日		参加 / 発表	単位
年 月 日		参加 / 発表	単位
年 月 日		参加 / 発表	単位
年 月 日		参加 / 発表	単位
合計			単位

申請日 年 月 日

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	⑩	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。

令和 年 月 日

千葉県糖尿病対策推進会議 退会届

千葉県糖尿病対策推進会議 宛て

退会しますので、申請致します。

認定No		生年月日	
氏名	⑩		
勤務先			
部署		職種	
ご自宅住所	〒 -		
電話		Fax	
退会理由			

* 注意

CDE-Chibaを有する者は退会と同時に資格失効となる