

第 14 回千葉県糖尿病療養指導士／支援士 (CDE-Chiba) 試験免除申込書 兼 千葉県糖尿病対策推進会議 入会届

※□の箇所は(✓)を記入してください

※勤務先が無い場合は無記入にしてください。

ふりがな			性別	□男 □女	
氏名			生年月日	西暦	年 月 日
			年齢	歳	
受験種別	種 ※以下参照	糖尿病療養指導関連の資格(該当に✓)			
職種			☐ 日本糖尿病療養指導士 (CDEJ) ☐ 他県 CDEL (都道府県) ☐ 日本看護協会認定看護師 ☐ 日本看護協会専門看護師		
【受験種別】 1 種……職種が、看護師、薬剤師、管理栄養士、臨床検査技師、理学療法士、保健師、歯科医師を有する方 2 種……1 種以外の医療系、介護系、運動系の資格者(例：准看護師、栄養士、作業療法士、介護福祉士、歯科衛生士など) 3 種……1・2 種以外で医療事務系など(例：医療事務、製薬会社社員、医療系学生など)					
メールアドレス					
勤務先	名称				
	所属部署				
	住所	〒			
	TEL		FAX		
自宅	住所	〒			
	TEL				
郵送物送付先		□勤務先 □自宅			

◆郵送物送付先は認定証送付、入会後の郵送物等として利用させていただきます。

◆以下の注意事項を必ずご確認ください。

- ・受験料の支払はございません。
- ・当会議会員については、「第 14 回千葉県糖尿病療養指導士／支援士認定試験<免除>の案内」をご参照ください。
- ・11 月中旬に上記の住所へ「申請承認書」を通知いたします。
- ・認定証は 12 月頃に交付いたします。

<入会届>

一般社団法人 千葉県糖尿病対策推進会議 御中

千葉県糖尿病対策推進会議への会員入会を希望いたします。

私は千葉県糖尿病対策推進会議の入会に際し、貴会の趣旨に沿い、千葉県糖尿病療養指導士／支援士認定制度規則に則って活動します。医療に関わる法律や支援の対象者から知り得た情報については個人情報保護法を順守し、プライバシーを保護することを誓います。

署名 _____

署名日:(西暦) _____ 年 _____ 月 _____ 日