

第 14 回 千葉県糖尿病療養指導士／支援士 (CDE-Chiba) 試験申込書

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 ()

※□の箇所は(✓)を記入してください

※勤務先が無い方は無記入にしてください

※メールアドレスは試験のリンク等をお送りいたしますので”必ず”記入してください。

ふりがな				性別	□男 □女	
氏名				生年月日	西暦	年 月 日
				年齢	歳	
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」は可否通知、合格後の認定証送付、合格後入会された後の送付先として利用させていただきます。

◆以下の注意事項を必ず確認してください。

- ・ お支払いいただいた受験料(3,000 円)はいかなる事情でも返金は出来かねます。
- ・ 試験前に動作確認を必ず実施してください(詳細は受験票に記載します)。
- ・ 試験前講義 3 題を必ずご視聴のうえ、本試験をお申込ください。
- ・ 試験合格后、千葉県糖尿病対策推進会議の入会をもって CDE-Chiba 資格が認定されます。
- ・ 可否発表は 11 月中旬、郵送にて通知いたします。

私は、当該試験に対し、第 14 回千葉県糖尿病療養指導士／支援士認定試験 受験案内に掲げてある内容及び上記注意事項を理解し、又受験資格を満たしておりますので、記載のとおり申し込みます。

署名：_____

署名日：(西暦) _____ 年 _____ 月 _____ 日

再試験番号	※紛失の場合は事務局へ問合せください
-------	--------------------

太枠の「再試験番号」は昨年試験結果時に交付された、該当者のみご記入ください