

No1

日本糖尿病教育・看護学会主催
糖尿病重症化予防（フットケア）研修会
研修会受講申込書

申込日：2008 年 月 日

ふりがな				
氏名	年齢	歳	性別	男・女
希望会場	京都 ・ 神奈川		希望会場が定員であった場合、別会場への移動を希望しますか？	
学会 会員番号	非会員		はい ・ いいえ	
所属	日本糖尿病療養指導士（認定番号： ） 地域糖尿病療養指導士（地 区： ）			
住所 郵便物郵送先	自宅・所属 〒 -			
電 話		F A X		
E - mail				
主な職歴：				
西暦	年	月		
西暦	年	月		
西暦	年	月		
西暦	年	月		
西暦	年	月		
糖尿病足病変に関する療養指導業務に従事した経歴：				
西暦	年	月	(計	年 月)
西暦	年	月	(計	年 月)
西暦	年	月	(計	年 月)
研修会への参加動機及び研修会への希望、研修会後の活動予定				

※ 頂いた個人情報は本研修会に関するご案内のみに使用し、研修会終了後にデータは消去いたします。