

# 2020年度 宮城県糖尿病療養指導士認定審査申請書 (CDEJ資格を失効した方)

申請年月日 2020年 月 日

<b>自宅住所</b>	〒	<input style="width: 90%;" type="text"/>		
	<input style="width: 100%;" type="text"/>			
	TEL	<input style="width: 40%;" type="text"/>		*日中連絡可能な電話番号

**連絡可能なメールアドレス**

\*英数字はわかりやすく明確に記入してください。

<b>ふりがな</b>	<input style="width: 80%;" type="text"/>				<b>生年月日</b>			<b>性別</b>
<b>氏名</b>	<input style="width: 80%;" type="text"/>				年	月	日	

\*西暦で記入

**職種**

**認定番号**

**認定期間** 自 年 月 日 から 年 月 日 まで

\*西暦で記入

<b>所属施設名</b>	<input style="width: 85%;" type="text"/>		
	<b>所属部署名</b>	<input style="width: 75%;" type="text"/>	

<b>所属先住所</b>	〒	<input style="width: 90%;" type="text"/>		
	<input style="width: 100%;" type="text"/>			
	TEL	<input style="width: 40%;" type="text"/>		

**書類郵送先** 1.自宅 2.所属施設 (どちらかを選択し番号に○を)

**志望動機及び資格取得後の活動目標**

<b>日本糖尿病協会 会員(友の会)</b>	<input type="checkbox"/> 友の会会員 (友の会名称: <input style="width: 150px;" type="text"/> ) <input type="checkbox"/> 本部会員 <input type="checkbox"/> 現在なし(本部会員に入会します)
----------------------------	---

所属長記入欄	年 月 日
	施設名 _____
	施設長 _____ 印

※友の会会員の方は、年会費納入証明書（振込用紙、領収書など）のコピーを裏面に貼付してください。

◎ CDEJの認定証コピー(A4に縮小してください)を添付し、提出してください。

申込書に記載して頂いた個人情報は、事務局において適切に管理し、  
宮城県糖尿病療養指導士（CDE-MIYAGI）認定の目的以外で使用いたしません。

提出先：983-8512

仙台市宮城野区福室1-12-1

東北医科薬科大学病院 糖尿代謝内科内 CDE-MIYAGI 事務局

宛に郵送にて提出下さい。