

申請年月日	2020 年		月		日
自宅住所	〒				
	TEL			*日中連絡可能な電話番号	
連絡可能なメールアドレス					

ふりがな					
氏名					

生年月日					性別
	年		月		日

職種	
----	--

認定番号	
------	--

所属施設名		
	所属部署名	

所属先住所	〒	
	TEL	

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	
----------------------	--

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

所屬長記入欄	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、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。