

鳥取県糖尿病療養指導士 更新申請書

記入日	令和 年 月 日		
ふりがな		○印を付けてください	
氏名		性別	男 ・ 女
生年月日	年 月 日	年齢	(記入日現在)
職種			
自宅住所・電話番号	〒 TEL		
勤務先施設名 (病院・診療所など)			
勤務先住所・電話番号	〒 TEL		
希望する連絡先	自宅 ・ 勤務先		
鳥取県糖尿病療養指導士 認定番号			
日本糖尿病協会 会員番号 または友の会名			
日本糖尿病療養指導士 資格の有無	有:認定番号() ・ 無		
職歴 ※認定期間のうち、糖尿病療 養指導士の実務経験が3年 以上あることがわかるものを 記入する。	年 月		
	年 月		
	年 月		
	年 月		
	年 月		

取得単位一覧

開催年月日	学会・研修会名	取得単位数
取得単位数合計		単位

※合計15単位以上なければ、更新することができません。

※受講証明書等のコピーも提出してください。