

(様式1)

石川県医師会長 殿

「石川糖尿病連携医・石川糖尿病療養指導士認定制度」 認定研修会

認定申請書

申請年月日年.....月.....日
申請者名・印	印

1. 研修会の名称 ※「第〇回」「〇年度」等正確に記入	
2. 主催者名	
3. 日 時年.....月.....日(.....時.....分 ~時.....分 (実質研修時間:.....時間.....分) ※挨拶・休憩等の時間は除く
4. 会 場	
5. 内 容	別添参照
6. 主な対象者(職種等)	
申請者連絡先(記入必須)	
所属	
担当者名	
住所	〒.....
TEL	
FAX	
メールアドレス	

◆ 申請・問合せ先：石川県医師会 (TEL：076-239-3800/FAX：076-239-3810)
〒920-8660 金沢市鞍月東2丁目48番地

事務局使用欄		
受付日	認定日	認定番号

(別添)

1. 研修会の名称	
2. 開催日時	
3. 開催場所	
4. 内容	
5. 受講料	
6. 申込・問合せ先	