認定番号を記入→**第　　　　　番**

（提出日）　　　　　年　　月　　日

石川県医師会長　殿

申請者名 印

所属

住所 (〒　　　－　　　　)

TEL：

FAX：

ﾒｰﾙ：

「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

**実施報告書**

１．研修会の名称

２．主催者

共催者

後援・協賛・その他

３．実施日時 年 月 日（ ）

時 分　～　 時 分

実質研修時間 時間 分　※挨拶・休憩・製品紹介等の時間は除く

４．受講者実数 人

５．特記事項

６．その他資料として以下のものを必ず添付してください。

①プログラム

②受講証明書

③受講証明書交付者名簿