

石川糖尿病療養指導士（新規・更新）認定申請書

石川県医師会長 殿

石川糖尿病療養指導士認定制度における認定を受けたいので、下記のとおり申請いたします。

区分	1. 新規 2. 更新	(更新の場合のみ) 認定番号																		
ふりがな																				
氏名	㊟																			
性別	1. 男 2. 女	生年月日 (西暦)																		
職種	1. 歯科医師 2. 薬剤師 3. 保健師 4. 看護師 5. 准看護師 6. 管理栄養士 7. 栄養士 8. 臨床検査技師 9. 理学療法士 10. 作業療法士 11. その他 ()																			
自宅住所	〒																			
	TEL									FAX										
勤務先 施設名																				
勤務先住所	〒																			
	TEL									FAX										
電子メール アドレス																				
取得単位数	() 単位																			
ホームページ掲載	承諾する ・ 承諾しない																			

注1 単位取得した研修会の受講証明書の写しを当該申請書とともに提出してください。

注2 石川県医師会の口座に認定料(更新料)をお振込の上、振込証明書の控えの写しを当該申請書とともに提出してください。

<提出先>

〒920-8660

金沢市鞍月東2丁目48番地

石川県医師会事務局

事務局使用欄		
受付日	認定日	認定番号

石川糖尿病療養指導士（新規・更新）認定申請書

石川県医師会長 殿

石川糖尿病療養指導士認定制度における認定を受けたいので、下記のとおり申請いたします。

区分	1. 新規 <input checked="" type="radio"/> 2. 更新 <input type="radio"/>	(更新の場合のみ) 認定番号										
ふりがな	いしかわ はなこ											
氏名	石川 花子 石川印											
性別	1. 男 <input type="radio"/> 2. 女 <input checked="" type="radio"/>	生年月日 (西暦)	19	7	1	年	0	4	月	0	1	日
職種	1. 歯科医師 2. 薬剤師 3. 保健師 4. 看護師 <input checked="" type="radio"/> 5. 准看護師 6. 管理栄養士 7. 栄養士 8. 臨床検査技師 9. 理学療法士 10. 作業療法士 11. その他 ()											
自宅住所	〒 920 - 8580 石川県金沢市鞍月1 - 1ハイム鞍月602号室											
	TEL 076-225-						FAX 076-225-					
勤務先 施設名	鞍月クリニック											
勤務先住所	〒 920 - 8580 石川県金沢市鞍月1 - 2											
	TEL 076-225-xxxx						FAX 076-225-xxxx					
電子メール アドレス	h-ishikawa@											
取得単位数	(15) 単位											
ホームページ掲載	<input checked="" type="radio"/> 承諾する <input type="radio"/> 承諾しない											

注1 単位取得した研修会の受講証明書の写しを当該申請書とともに提出してください。

注2 石川県医師会の口座に認定料（更新料）をお振込の上、振込証明書の控えの写しを当該申請書とともに提出してください。

<提出先>

〒920-8660

金沢市鞍月東2丁目48番地

石川県医師会事務局

事務局使用欄		
受付日	認定日	認定番号