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 | クリックまたはタップして日付を入力してください。 | |
| 申請者名・印 | ここをクリックまたはタップしてテキストを入力してください。 |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| １．研修会の名称  ※「第○回」「○年度」等正確に記入 | | ここをクリックまたはタップしてテキストを入力してください。 | |
| ２．主催者名 | | ここをクリックまたはタップしてテキストを入力してください。 | |
| ３．日　時 | | クリックまたはタップして日付を入力してください。 | 00時00分　～　00時00分 |
| （実質研修時間：00時間00分）※挨拶・休憩等の時間は除く | |
| ４．会　場 | | ここをクリックまたはタップしてテキストを入力してください。 | |
| ５．内　容 | | 別添参照 | |
| ６．主な対象者（職種等） | | ここをクリックまたはタップしてテキストを入力してください。 | |
| 申請者連絡先（記入必須） | | | |
| 所属 | ここをクリックまたはタップしてテキストを入力してください。 | | |
| 担当者名 | ここをクリックまたはタップしてテキストを入力してください。 | | |
| 住所 | 〒ここをクリックまたはタップしてテキストを入力してください。  ここをクリックまたはタップしてテキストを入力してください。 | | |
| TEL | ここをクリックまたはタップしてテキストを入力してください。 | | |
| FAX | ここをクリックまたはタップしてテキストを入力してください。 | | |
| ﾒｰﾙｱﾄﾞﾚｽ | ここをクリックまたはタップしてテキストを入力してください。 | | |

* 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 |
|  |  |  |

|  |  |
| --- | --- |
| １．研修会の名称 | ここをクリックまたはタップしてテキストを入力してください。 |
| ２．開催日時 | ここをクリックまたはタップしてテキストを入力してください。 |
| ３．開催場所 | ここをクリックまたはタップしてテキストを入力してください。 |
| ４．内容 | ここをクリックまたはタップしてテキストを入力してください。 |
| ５．受講料 | ここをクリックまたはタップしてテキストを入力してください。 |
| ６．申込・問合せ先 | ここをクリックまたはタップしてテキストを入力してください。 |