

(様式2)

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