

(様式1)

CDEJ認定更新のための研修会

## 認定申請書

1. 開催方式 (ハイブリッド型はそれぞれ申請)	
集会型	Web型 (LIVEのみ)

※どちらか該当するほうに○

申請年月日	年 月 日
[1]申請者名・印★	印

2. 研修会の名称★ ※「第○回」「○年度」等正確に記入	
3. 主催団体★ ・共催団体(★)	主催共催における申請者の役職 ★( )
4. 年月日・時間★	年 月 日 ( ) 時 分 ～ 年 月 日 ( ) 時 分 (挨拶等の時間を含む)
実質研修時間★	時間 分 (挨拶・休憩・製品紹介等の時間は除く)
5. 会場名 (開催都道府県) 配信拠点・配信方法	( 都道府県)
6. 開催の目的	
7. 内容の概要	
8. 主な対象者 (職種等)	
9. 参加見込み人数	人 (うちメディカルスタッフ 人)
10. 参加費	有料 ( 円 ) / 無料 (該当するものに○、金額記入)
[1]申請者連絡先 (記入必須)	[2]本申請に関する連絡先(申請者と異なる場合のみ記入)
勤務先 所属	担当者名・印 印 勤務先・所属
住所 〒	住所 〒
TEL	TEL
FAX	FAX
E-MAIL	E-MAIL
[3]Webサイト・雑誌への掲載内容について(記入必須) ※該当箇所には○または記入	
申込問合せ先	[1] と同じ ・ [2] と同じ ・ それ以外(下の( )内に記入) (所属・氏名: )
申込問合せ方法 ※TEL・FAX・E-MAIL いずれかの選択必須	TEL ・ FAX ・ E-MAIL ・ それ以外(下の( )内に記入) (番号/アドレス: )
申込締切日/定員	締切: 年 月 日 ( ) / 定員: 人
他注意事項 ※Webサイトには掲載され ない場合があります。	

◆申請・問合せ先: 日本糖尿病療養指導士認定機構 (TEL: 03-3815-1481 / 〒113-0033文京区本郷2-30-7本郷T&amp;St 4階)

★印の項目は「参加証」に記載していただきますので正確に記入してください。

ver. 2603

※書式の変更不可