

## 2024年度 宮崎地域糖尿病療養指導士認定試験のための講習会 受講申込書

申込日：(西暦) 2024年 月 日

※申込日・枠内、漏れのないように入力下さい。

ふりがな 氏名 ※自筆		性別	男・女
生年月日	(西暦)  ( 歳)	職種	
自宅住所	〒  携帯番号： 【必須】e-mailアドレス：		
勤務先名称			
勤務先住所	〒  勤務先電話番号：		
年月(西暦)	最終学歴・職歴(実務経験2年以上が分かればよい、医療職以外は不要)		
	(最終学歴)  を卒業		
	(職歴)		
書類送付先 (合否通知・更新案内)	自宅・勤務先		
友の会所属先	はまゆう会(手続き中・入会している)		

## 【注意事項】

- ①講習会3回全て受講して受験可能となります。(年度内に全て受講できない場合は、次年度受講可能)
- ②講習会等お知らせは全てメール対応となりますので、e-mailアドレスは必ずご記入下さい。  
※携帯ドメイン不可(例：@docomo.ne.jp、@ezweb.ne.jp、@softbank.ne.jp等)
- ③友の会(はまゆう会)には必ずご入会下さい。※勤務先がない場合は「宮崎CDELはまゆう会」へ入会手続きをして下さい。
- ④申込書は空欄のないようご記入下さい。