

※書式変更不可。訂正印・修正テープ等不可。書き損じは改めてお書き直してください。

【様式4】

2024年度 宮崎地域糖尿病療養指導士 認定申込書

【日本糖尿病療養指導士・糖尿病看護認定看護師・県外地域糖尿病療養指導士 有資格者】

申込日：（西暦）2023年 月 日

※申込日・枠内、漏れのないようにご入力下さい。

ふりがな 氏名 (必ず自筆で記入)		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)		
年月	(最終学歴)	を卒業	
年月	(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	シート「友の会名一覧」でご確認ください はまゆう会(手続き中・入会している)		

【注意事項】

- ①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。
- ②e-mailアドレスは、必ずご記入下さい。今後のご案内はメールにての発信となります。
※携帯ドメイン不可(例：@docomo.ne.jp、@ezweb.ne.jp、@softbank.ne.jp等)
- ③申込書は空欄のないようご記入下さい。

【宮崎地域糖尿病療養指導士認定機構事務局】