

## おokayama糖尿病サポーター更新研修会B

## 認定申請書

申請日 年 月 日

1. 研修会名			
2. 開催日時			
3. 開催形態 (該当するものに○)	会場開催 ・ オンライン開催 ・ 会場とオンライン同時開催		
4. 開催会場 (3で会場開催または同時開催を選んだ場合記入すること)	(会場名)		
	(所在地)		
5. 開催の目的			
6. 対象者(職種等)			
7. 参加見込み人数			名
	(うちメディカルスタッフ)		名
8. 参加費 (該当するものに○/金額記入)	有料	円	無料
9. 主催団体名			
10. 併願状況 (該当する番号に○)	① 日本糖尿病療養指導士第1群または第2群を申請している		
	② 日本医師会生涯教育の単位と申請している		
11. 特記事項			

## [1]申請者連絡先(記入必須)

申請者名	
所属名	
住所	〒
TEL	
FAX	

## [2]申請に関する連絡先([1]以外の連絡先を希望する場合のみ記入)

担当者名	
所属名	
住所	〒
TEL	
FAX	

## [3]岡山県糖尿病等生活習慣病医療連携推進事業ウェブサイトへの掲載について(記入必須)

問合せ先 (該当するものに○)	[1]と同じ		[2]と同じ	
	それ以外	所属名		
担当者名				
問合せ方法 (該当するものに○)	TEL		FAX	
	E-mail			
	それ以外			
申込み方法(該当するものに○)	事前申込み不要	事前申込み必要	当日参加可	
申込み先(申込み必要の場合のみ該当するものに○)	[1]と同じ		[2]と同じ	
	[3]と同じ			