

(様式1)：更新要件を満たし、更新を希望する方

※申請者の現況を確認するためご記入ください

記入日：令和5年 月 日

| | |
|-------------|---------------|
| 認定番号 | |
| ふりがな 氏名 | |
| 生年月日 | 昭和 ・ 平成 年 月 日 |
| 職種 | |
| 日本糖尿病療養指導士 | 有 ・ 無 ・ 以前有 |
| 所属施設名 | |
| 所属施設住所 | 〒 TEL : |
| 自宅住所 | 〒 TEL : |
| E-mail アドレス | |
| 資料送付先 | 所属先 ・ 自宅 |

※事務局から研修会等のお知らせを送付する際は、ご指定の連絡先に送付します。ただし、機関誌（おかやまDMネットジャーナル）の送付先は、一律勤務先とさせていただきます。勤務先が無い場合の送付先は、自宅になります。（ご記入いただいた個人情報は岡山県糖尿病医療連携推進事業のみに使用します）

① 更新理由を差し支えない範囲でお答えください（複数回答可）。

1. 研修内容が役立つから
2. 継続して糖尿病の知識を身につけたいから
3. 職場の上司等からのすすめ
4. その他（自由記載）

② eラーニングを受講された方で、eラーニングについてご意見・ご感想等ありましたらご記入ください。

③ おかやま糖尿病サポーター制度等にご意見等ありましたらご記入ください。