2025年3月10日

愛知県糖尿病療養指導士認定機構

**認定期間延長申請に関するご案内**

「認定期間の延長」をご希望の方は、下記ご案内をよくご確認の上、手続きをしてください。

**■「認定期間の延長」とは**

認定期間（5年間）を延長できる制度です（最大7年間まで）。「特別な事情」があり、認定期間中に「更新の要件」を満たすことが不可能となった場合に申請できます。

|  |  |
| --- | --- |
| **対象者** | 「特別な事情」があり、認定更新の条件を満たせない方 |
| **延長期間** | ・延長申請で認められる延長（認定）期間は1年間です。・2年延長をご希望の場合は、翌年度に「再延長」申請が必要です。 |
| **提出書類** | 以下の2点を提出してください。1. 認定期間延長申請書
2. 認定更新ができない「特別な事情」を証明する書類
 |
| **提出期間** | 2025年10月1日～11月14日（消印有効） |
| **提出方法** | 郵便（簡易書留）長3封筒に返送先住所、受験者氏名を明記の上、110円切手を貼付して同封ください。郵送先 〒460-0008　愛知県名古屋市中区栄3-19-28  　　セントラルコンベンションサービス　愛知県CDEL担当※「認定期間延長申請書在中」と明記してください。 |
| **審査結果** | 1月31日頃までに全員に通知を発送します。 |

**■「認定期間延長申請書」の記入のしかた**

|  |  |
| --- | --- |
| **（1）研修単位取得状況** | 「研修単位取得状況」について、現在の状況（提出時点）について記載してください。 |
| **（2）延長を希望する理由** | ①どのような「特別な事情」で②「更新要件のどの項目」を「どのように」満たせないか、具体的に書いてください。 |

**■証明書類について**

|  |  |
| --- | --- |
| **記載事項** | ・あなたの名前、証明日、証明者の役職と氏名・事情の内容と時期（次ページ参照） |
| **書式** | 指定書式はありません。必須記載事項を網羅する書類（次ページ参照）をご用意ください。 |
| **その他注意事項** | ・「延長申請書」に書かれた事情が客観的に確認できることが必要です。・証明書類が添付されていない事情については審査上考慮されません。 |

**■延長申請書の記載事項・証明書類の記載事項等**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **延長申請書****(2) 延長を希望する理由の****①「特別な事情」の例** | **延長申請書****(2) 延長を希望する理由の****② 具体的な説明 として****記載に含むべき事項** | **認定更新ができない****「特別な事情」を証明する書類****必須記載事項** | **認定更新ができない****「特別な事情」を証明する書類** |
| 長期病気療養（3ヵ月以上） | 症状時期・期間 | ・症状等・療養期間 | 例 診断書等 |
| 海外在留 | 渡航先渡航目的渡航期間 | ・渡航先・渡航年月日 | 例 ビザ、パスポートのコピー※延長申請理由に関わる部分に印・説明を入れてください |
| 育児休業等産前・産後休暇、育児休業、子の養育（1歳6ヵ月まで）等 | 子の出生日勤務先施設名産前産後休暇・育児休業期間または　養育の状況 | ・子の出生日・産前産後休暇、育児休業期間 または 養育（同居）の事実 | 例 産前産後休暇・育児休業取得証明書※書式あり育休を取っていない方は住民票（自分と子供で1枚） |
| 家族の介護 | 要介護者名・続柄状況時期・期間 | ・あなたと要介護者の関係・要介護状態の状況、期間 | 例 戸籍謄本と介護認定書（コピー可）の2点 |
| 進学 | 学校名進学の目的時期・期間 | ・学校名・在籍期間 | 例 在学証明書 |
| 自然災害による被災 | 被災時の居住地被災状況 | ・被災地の居住地・被災状況 | 例 罹災証明書 |
| その他 | 事情をできるだけ具体的に記載してください | ご自身の事情によりご判断ください（事前にご相談ください） | ※証明書類は必須です |

※申請書の記載内容、証明書類は個人情報として適正に取り扱い、管理いたします。

**産前産後休暇・育児休業取得証明書**

当該職員の産前産後休暇・育児休業期間は以下の通りであることを証明します。

|  |  |
| --- | --- |
| 申請者氏名 |  |
| 産前産後休暇期間 |  　　年　　　月　　　日～　　　年　　　月　　　日 |
| 育児休業期間 |  　　年　　　月　　　日～　　　年　　　月　　　日 |
| 当該育児休業にかかる子の出生日 | 　　年　　　　月　　　日 |
| 備考 | （追記する事項があれば記載してください） |

年　　　　　月 　　　日

　　　　　　　　　　　　　　 証明者

施設名

役 職

氏名（自署）