**愛知県糖尿病療養指導士　認定試験（２０　 　年度）**

**受験申請書**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| （ふりがな）氏　　　　名 | （　　　　　　　　　　　　　　　　　　） | 男女 | 生年月日（西暦）　　　　年　　月　　日生 |
| 自宅住所 | 〒　　　　　  | TEL：FAX：E-mail（必須）： |
| 勤務先・部署名 |  |
| 勤務先住所 | 〒 | TEL：FAX：E-mail： |
| 職種 | 1．薬剤師　2. 保健師　3. 看護師　4. 准看護師　5. 管理栄養士　6. 栄養士　7. 臨床検査技師　8. 理学療法士　9. 作業療法士　10. 歯科衛生士　11. 言語聴覚士　12. 精神保健福祉士　13. 臨床心理士　14. 養護教諭　 15. その他（　　　 　　　） |
| 受験票・合格通知などの送付先に○１．　勤　務　先　　　　　　　２．　自　宅 |
| 日本糖尿病協会への入会状況日本糖尿病協会（会員番号　または　友の会名称：　　　　　　　　　　　　　　 ）　※入会手続き中　・　入会済み |
| 受領日 | ２０　　　年　　　　月　　　　日 | 受験番号 |
| 受付番号 |  |  |
| ≪備考≫ |  |

申込日：２０　 年　　　　月　　　　日

* 太枠内の記入をお願い致します。
* 現在、日本糖尿病協会への入会を手続き中の方は、手続き中のところに○印をつけてください。
* E-mailは必ず記入してください。今後、事務局からの連絡時に使用します。