山口県糖尿病対策推進委員会　御中

やまぐち糖尿病療養指導士　認定更新申請書

必要書類を添付して、次のとおり「やまぐち糖尿病療養指導士」の認定の更新申請をいたします。

|  |  |
| --- | --- |
| 申　請 日 | 　　　　　　年　　　　　　月　　　　　　　日 |
| 認定番号 |  |
| （ふりがな）氏　　名 | （　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）　 | 性別 | 男 ・ 女 | 年齢 |  |
| ○印を付けてください |
| 勤務先施設名(病院・診療所など) |  | 職種 |  |
| 勤務先住所 | 〒 |
| 勤務先電話番号 |  |
| e-mail |  |
| 勤務先以外（自宅）への連絡を希望される方はその連絡先を記入して下さい。 | (住所)　〒 |
| (TEL) |
| 更新審査料振込日 |  |
| 備　　考 |  |

提出先

〒753-0814　山口市吉敷下東3丁目1番1号　山口県医師会 医療課宛

※封筒または荷札などに「やまぐち糖尿病療養指導士 単位認定更新申請書類 在中」とご記入ください。

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 記入不要 | チェック項目 | チェック欄 |
| 更新申請書 |  |
| 取得単位一覧表（証明書の添付：10単位以上） |  |
| 指導記録一覧表（指導記録添付：5症例） |  |
| 更新審査料の振込 |  |