第16回福島県糖尿病療養指導士会　講習会受講申込書

ふりがな		性別	男　・　女
氏　名	㊞		
生年月日	西暦　　年　　月　　日 生（満　　歳）	職種	
【自　宅】			
	〒　　－		
住所			
TEL / FAX	TEL　　－　　－	FAX　　－　　－	
メールアドレス	@		
【所属先】			
所属先名			
	〒　　－		
住所			
TEL / FAX	TEL　　－　　－	FAX　　－　　－	

【最終学歴・職歴（現職の就職年月も記入してください）】

年	月	学歴・職歴

個人情報の利用目的・取り扱いについて

個人情報の利用目的

・郵便はがきやDM、電子メールにて、更新、定期総会、年会費、セミナー等の案内をするため。

個人情報の取り扱い

・上記の利用目的にのみ使用し、第三者に提供することはございません。

・個人情報の取り扱いに関するお問い合わせにつきましては、下記までご連絡ください。

【お問い合わせ先】 福島県糖尿病療養指導士会事務局　担当：柴田康孝

メール：jimukyoku@fukushimalcde.jp　　電話番号：080-4861-9571

※【事務局記入欄】

受付番号	認定委員長印	事務局確認印

【免 許 ・ 資 格 等】				
年	月	免 許 ・ 資 格		番号
日本糖尿病療養指導士		有 ・ 無	【 】年取得	
他県の地域糖尿病療養指導士		有 ・ 無	【 】年取得	

受講動機（必ずご記入ください）