

申請先： FAX 06 (6850) 8541

申請受付期間： 毎年1月1日～2月末日

## 大阪糖尿病療養指導士認定機構 (CDE 大阪)

### 認定申請書

申請日： 201 年 月 日

申請者 氏名	フリガナ .....	生年 月日	西暦 年 月 日
勤務先			
自宅 住所	〒		
職種	1. 看護師 2. 准看護師 3. 管理栄養士 4. 栄養士 5. 薬剤師 6. 臨床検査技師 7. 保健師 8. 理学療法士 9. 歯科衛生士 10. 介護福祉士 11. 健康運動指導士 12. 臨床工学士 13. 視能訓練士		
TEL		FAX	
E-mail	*今後の連絡のため、できる限りメールアドレスご記入ください。		
CDE-J 認定番号			
糖尿病 協会	<input type="checkbox"/> 日本糖尿病協会本部会員 → (会員番号： ) <input type="checkbox"/> 患者会 → (名称： )		
申請料	送金 (予定) 日： 月 日 送金者が受講者と異なる場合は送金者名を明記してください。入金を確認できず、受講いただけないことがあります。→ ( 送金者 )		

※個人情報取扱いについて

ご記入いただきました個人情報は適正に管理し、当認定機構にかかわる連絡以外には一切使用いたしません。

認定申請料振込先： ゆうちょ銀行 店名： 0一九店 (019)

口座番号： 00190-6-586757

口座名義： 大阪糖尿病療養指導士認定機構

<他の金融機関から送金する場合>

店名： 0一九店 店番： 019 預金種目： 当座

口座番号： 0586757

口座名義： 大阪糖尿病療養指導士認定機構