

FAX 0258-35-3782

第6回甲信越CDEリーダー研修会

平成27年2月1日(日) 10:00~16:30

参加申込書 (FAX用)

なお定員に達した場合お断りさせていただく場合もあります
諸事ご連絡をさせていただく場合もありますのでご連絡先は必ず明記してください

| | |
|---|--|
| フリガナ | |
| お名前 | |
| LCDE _____ 期生 (記入必須) (CDEJ から LCDE に加入された方はその加入年度 _____ 年) | |
| 職種 (医師・歯科医師・看護師・保健師・栄養士・薬剤師・臨床衛生検査技師・理学療法士・歯科衛生士・事務・その他) 該当に○をつけてください | |
| ご所属先 | |
| ご施設住所 | |
| 電話番号 | |
| FAX 番号 | |
| ご自宅の場合 | |
| 自宅住所 | |
| 電話番号 | |
| FAX 番号 | |
| E-mail (あれば記入してください) : | |

新潟県地域糖尿病療養指導士認定機構
会長 八幡和明