

# FAX:0258-35-3782

## 第7回 甲信越 CDE リーダー研修会

平成 28 年 2 月 21 日 (日) 9:40~16:35

### 参加申込書 (FAX 用)

申込締切：平成 28 年 2 月 12 日 (金)

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