

(申し込み先：Fax 0267-67-4920)

東北信地域糖尿病療養指導士育成講習会 受講申込書

東北信地域糖尿病療養指導士育成講習会（動画アーカイブ）の視聴を希望します。

申込み月日	令和 年 月 日
勤務先	
所属部署	
職種	
ふりがな 氏名	(印)
視聴パスワード 送付先住所 (勤務先・自宅)	〒
連絡先電話番号	
備考・連絡事項	

- ※ 9月末日までに郵送またはファックスにて事務局宛に申し込んでください。
- ※ 同時に、必ず申込者の氏名にて受講料 10000 円 (CDE 有資格者は 8000 円) を育成会口座に振り込んでください。

事務局連絡先：〒385-8558 佐久市岩村田 1862-1

佐久市立国保浅間総合病院医療技術部臨床検査科 森本 光俊

受講料振込先 八十二銀行岩村田支店

普通 798749

東北信地域糖尿病療養指導士育成会