平成22年度青森糖尿病療養指導研修会参加申込書

申し込み年月日	平成22年　5　月　　日		
ふりがな		性	
氏　　名		男・女	
職　種 （職種の番号を○で囲んでください）	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．理学療法士　8．保健師　9．助産師 10．その他（　　）		
勤務先施設名	所属部所名：		
勤務先住所	〒　　－　　※郵便番号も必ず記入ください 電話：　　（　　）　　FAX：　　（　　）		
自宅住所	〒　　－　　※郵便番号も必ず記入ください 電話：　　（　　）　　FAX：　　（　　）		
連　絡　先	1．勤務先　　2．自宅 （どちらかの番号を○で囲んでください）		
資　　格	1．青森糖尿病療養指導士　（認定番号：第　　号） 2．日本糖尿病療養指導士　（認定番号：第　　号） （上記資格をお持ちの方は番号を○で囲んで認定番号を記載ください）		

申込み受付け期間：平成22年5月6日～5月22日（必着）

申し込み先：〒030-0821　青森市勝田1丁目14-20

青森市民病院　第一内科内　青森糖尿病療養指導研究会事務局

FAX：050-3444-8272

※　FAXまたは郵送で申し込みください。