

沖縄県地域糖尿病療養指導士会認定試験（2020年度）

受験申込書

申込日： 年 月 日

（フリガナ） 氏 名	（ ）	男 女	生年月日（西暦） 年 月 日生
自宅住所	〒		TEL： FAX： E-mail：
勤務先名			
勤務先住所	〒		TEL： FAX： E-mail：
職 種	1. 医師 2. 歯科医師 3. 薬剤師 4. 保健師 5. 看護師 6. 准看護師 7. 管理栄養士 8. 栄養士 9. 臨床検査技師 10. 理学療法士 11. 臨床工学技士 12. 健康運動指導士 13. 臨床心理士 14. 介護福祉士 15. 介護士 16. 歯科衛生士 17. 作業療法士 18. 言語聴覚士 19. ケアワーカー 20. 義肢装具士 21. シューフィッター 22. 助手業務 23. 医療事務 24. 医師事務作業補助者 25. ()		
受験票・合格通知などの送付先に○ 1. 勤務先 2. 自宅			
日本糖尿病協会 1. 本部会員（会員番号： — — ）へ 2. 友の会（友の会名： ）として 入会済み			
受領日	年 月 日		受験番号
受付番号			
≪備考≫			

※太枠内の記入をお願い致します。