

(様式1)

和歌山 LCDE 認定委員会 宛

和歌山 LCDE 認定委員会講習会申込書

下記のとおり、和歌山 LCDE 認定医委員会の講習会に申し込みいたします。

ふりがな 氏名		性別 男性 ・ 女性
職種	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. 保健師 8. 助産師 9. 理学療法士 10. 歯科衛生士 11. 介護福祉士 12. 作業療法士 13. 言語聴覚士 14. 視能訓練士 15. その他()	
勤務先施設名		
以下の連絡先	1. 自宅 2. 勤務先	
住所	〒	
電話番号 ※連絡のつきやすい電話番号をご記入下さい(複数記入可)		
メールアドレス ※講習会の詳細・受験・合否の案内をメールで連絡します	@	
糖尿病協会 入会状況	会 員	※①～③のいずれかに回答してください
	・	① 日糖協本部会員の場合 会員 No.【 】
	非 会 員	② 和歌山県糖尿病協会(=日本糖尿病協会和歌山県支部)または分会会員の場合 所属分会名【 】
(いずれかに○をつけて下さい)		③ 非会員の場合 【 事前に入会する・講習会会場で入会する 】 ※認定試験受験資格には糖尿病協会会員であることが含まれます
希望する受講形式 (いずれかに☑を入れてください) ※会場希望者が多い場合はオンライン形式での受講をお願いすることがあります。	<input type="checkbox"/> オンライン (Zoom アプリを使用) <input type="checkbox"/> 会場 または オンライン (Zoom アプリを使用) <input type="checkbox"/> 会場のみ (オンライン形式は対応不可)	

※講習会受講料は 3,000 円です。ただし、日本糖尿病協会の会員は無料です。(本部会員、和歌山県糖尿病協会会員、各分会会員のいずれでもよく、講習会会場で糖尿病協会に入会した場合でも受講料は無料となります。オンラインで参加の方は事前に入会をお願いします。)

※後日、振り込み用紙を郵送いたします。お振込み後に万が一キャンセルされた場合も返金はありませんのでご了承下さい。

※個人情報の取り扱いについては、事務局で適正に管理し、当認定委員会に関わる連絡以外には一切使用いたしません。

<提出先>

〒641-8509

和歌山市紀三井寺 811-1

和歌山県立医科大学 内科学第一講座

和歌山県糖尿病協会内 和歌山 LCDE 認定医委員会 事務局

Tel & Fax: 073-445-9436 e-mail: wlcde@wakayama-med.ac.jp

(様式2)

年 月 日

和歌山 LCDE 認定委員会 宛

和歌山 LCDE 認定試験 申込書

下記のとおり、和歌山 LCDE 認定医委員会の認定試験に申し込みいたします。

ふりがな 氏名		性別 男性 ・ 女性
生年月日(西暦) 年齢	年 月 日 (歳)	
職種	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. 保健師 8. 助産師 9. 理学療法士 10. 歯科衛生士 11. 介護福祉士 12. 作業療法士 13. 言語聴覚士 14. 視能訓練士 15. その他()	
勤務先施設名		
以下の連絡先	1. 自宅 2. 勤務先 3. 講習会申込書と同じ(記入不要)	
住所	〒	
電話番号 ※連絡のつきやすい電話番号をご記入下さい(複数記入可)		
メールアドレス ※講習会の詳細・受験・可否の案内をメールで連絡します	@	
糖尿病協会 入会状況 (いずれかに ○をつけて 下さい)	会 員 ・ 非 会 員	※①～③のいずれかに回答してください
		① 日糖協本部会員の場合 会員 No.【 】
		② 和歌山県糖尿病協会(=日本糖尿病協会和歌山県支部)または 分会会員の場合 所属分会名【 】
		③ 非会員の場合 【 事前に入会する・講習会当日に入会する 】 ※認定試験受験資格には糖尿病協会会員であることが含まれます

※認定試験受験料は 2,000 円です。後日、振り込み用紙を郵送いたします。

※お振込み後に万が一キャンセルされた場合も返金はできませんのでご了承下さい。

※個人情報の取り扱いについては、事務局で適正に管理し、当認定委員会に関わる連絡以外には一切使用いたしません。

<提出先>

〒641-8509

和歌山市紀三井寺 811-1

和歌山県立医科大学 内科学第一講座

和歌山県糖尿病協会内 和歌山 LCDE 認定医委員会 事務局

Tel & Fax: 073-445-9436 e-mail: wlcde@wakayama-med.ac.jp

(様式4)

糖尿病療養支援活動証明書(和歌山LCDE受験用)

下記の者は、2年間以上の糖尿病療養指導支援活動に従事していたことを証明します。

(ふりがな) 性別	() 男・女
申請者氏名	
申請者 職種	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. 保健師 8. 理学療法士、9. 助産師 10. 歯科衛生士 11. 介護福祉士 12. 作業療法士 13. 言語聴覚士 14. 視覚訓練士 15. その他 ()
経歴(勤務場所、具体的な療養指導内容)	
年 月 日 ~ 年 月 日	
年 月 日 ~ 年 月 日	
年 月 日 ~ 年 月 日	
年 月 日 ~ 年 月 日	
年 月 日 ~ 年 月 日	
年 月 日 ~ 年 月 日	
年 月 日 ~ 年 月 日	

_____年 月 日

所属施設名(所属団体名) _____

所属長名(所属団体代表者名) _____ 印

* 現在の所属長の証明でもかまいません。

* 病院長や理事長ではなく、直属の上司(薬局長、看護部長、内科部長など)の証明でもかまいません。