

(様式1)

年 月 日

和歌山LCDE認定委員会御中

第9回 和歌山LCDE認定委員会講習会申込書

下記の通り、和歌山LCDE認定委員会の講習会に申込みいたします。

（ふりがな） 氏名	性別 ()	男・女
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. 視覚訓練士、15. その他 ()	
勤務先施設名		
以下の連絡先	1. 自宅である	2. 勤務先である
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)		
糖尿病協会 入会状況	会員 ・ 非会員 (①~③ いずれかに○)	※①~③のいずれかに回答して下さい
		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 事前に協会に 【入会する・入会しない】 ※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		

* 講習会受講料は、3,000円です。当日、受付でお支払ください。

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、講習会当日に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。)

* 個人情報の取扱いについては、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認定委員会 事務局

FAX番号: 073-445-9436, Eメール: wlcde@wakayama-med.ac.jp

(様式2)

年 月 日

和歌山LCDE認定委員会御中

第9回和歌山LCDE認定試験受験申込書

和歌山LCDE認定試験を受験いたしたく、糖尿病療養支援活動証明書(別紙)を添えて
申込みいたします。(※受験資格には糖尿病協会の会員であることが含まれます。)

(ふりがな) 性別	() 男・女
氏名	
生年月日(西暦) 年齢	年 月 日 (歳)
職種	
勤務先施設名	
以下の連絡先	1. 自宅である 2. 勤務先である
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)	

* 認定試験受験料は、2000円です。事前にお振込み頂きますので、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ください。

* 個人情報の取扱いについては、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認定委員会 事務局

FAX番号: 073-445-9436, Eメール: 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。

<様式6>

糖尿病研究会・研修会等 参加証明のお願い

糖尿病関連研究会・研修会の主催者 殿

謹啓 時下、ご清祥のこととお慶び申し上げます。

糖尿病は増加の一途をたどっており、地域ぐるみの糖尿病療養指導が益々重要となっております。和歌山県糖尿病協会では、地域に密着した糖尿病療養指導ができる医療人を育成するために和歌山地域糖尿病療養指導士(WLCDE)制度を設け、WLCDE認定委員会において講習会と認定試験を実施しております。

WLCDE資格は5年毎に更新され、更新条件として糖尿病関連の研究会・研修会等への参加を義務付けております。研究会・研修会は糖尿病に関する会であれば、WLCDE認定委員会が承認している必要ありませんが、プログラムと参加を証明する書類の提出を必要としています。本状を持参したものは、WLCDEとして活躍中の者ですが、貴会に参加して糖尿病について学習したことの証明を希望しております。

貴会の参加証明書がない場合は、下記証明書に記入して証明して頂きますようお願い申し上げます。

謹白

WLCDE認定委員長 近藤 溪

研究会（研修会）参加証明書

WLCDE _____ さま

研究会（研修会）名称： _____

日時： _____ 年 _____ 月 _____ 日、実施時間 _____ 時間

参加証明者(主催・共催者)の役職・所属： _____

氏名（署名あるいは記名押印）： _____

- * プログラムのコピーも必要です。
- * 1時間1単位とする。