

(様式D)

和歌山地域糖尿病療養指導士(WLCDE)更新のための

## 更新延長希望届

1年間の認定延長を希望します。

(ふりがな)	性別	( )	男・女
申請者氏名			
認定番号		WL-	
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 ( )		

※下記は現在の連絡先に変更がある場合のみご記入下さい

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)	

**受付期間:2019年10月1日~11月30日**