

平成 28 年度糖尿病カンバセーション・マップ™  
 ファシリテータートレーニング 受講申込書

会場:札幌/平成 28 年 10 月 15 日(土)

申込日:平成 年 月 日

ふりがな		年齢	性別
氏名		歳	男・女
日本糖尿病協会 会員資格	支部入会 友の会名:	本部会員番号	
所属勤務先・部署			
職種			
勤務先住所	〒 -		
電話:	FAX:		
E-mail(必須):			
取得資格(下記のいずれかにチェックを入れてください) <ul style="list-style-type: none"> <li>・ 日本糖尿病療養指導士(認定番号: )</li> <li>・ 地域糖尿病療養指導士(地域名: 認定番号: )</li> <li>・ 糖尿病病態栄養専門管理栄養士(認定番号: )</li> <li>・ 病態栄養認定管理栄養士(認定番号: )</li> <li>・ 慢性疾患看護専門看護師(認定番号: )</li> <li>・ 糖尿病看護認定看護師(認定番号: )</li> <li>・ 慢性疾患看護領域における修士号又は博士号取得者(番号: )</li> <li>・ 糖尿病専門医(認定番号: )</li> <li>・ 糖尿病専門医研修開始同意書を提出した認定内科医</li> <li>・ 日本糖尿病協会登録医・療養指導医(認定番号: )</li> <li>・ 日本糖尿病協会歯科医師登録医(認定番号: )</li> </ul>			
過去のマップ受講歴(受講済みのマップにチェックを入れてください) <ul style="list-style-type: none"> <li>・ なし</li> <li>・ 糖尿病とともに歩む</li> <li>・ 糖尿病とはどんな病気ですか?</li> <li>・ 食事療法と運動療法</li> <li>・ インスリン注射</li> <li>・ フットケア</li> </ul>			

申込書送付先 日本糖尿病協会事務局

FAX : 03-3514-1725

E-mail: office@nittokyo.or.jp