

推薦者の皆様へ

推薦者の方は、当機構が主催する講習会に無料で参加可能です。また、本機構が共催・後援する講演会やセミナーに関する情報をお伝えさせていただきます。

御氏名、施設名、連絡先、e-mail アドレスを下記に記して、とやま糖尿病療養支援機構事務局あてに FAX (076-434-5025) をお願いします。

_____ 氏を「とやま糖尿病療養指導士」の受講者として推薦いたします。

_____年____月____日

医療施設等名： _____

住 所： _____

氏 名： _____

電 話： _____

F A X： _____

e-mail アドレス： _____

以下の点についてお答え（チェック）いただきファックスをお願いします。
当機構が主催・共催・後援する企画（講習会、講演会等）について情報をお送りすることがあります。

承諾します

承諾しません

貴施設のスタッフが資格認定を受けた場合は、資格取得者名と貴施設名を本機構ホームページに掲載します。

承諾します

承諾しません

FAX : 076-434-5025