

「とやまCDE資格取得のための講習会」 受講申込書

※太線内の全ての項目をご記入ください

申込年月日	西暦 年 月 日																																
氏名 (ふりがな)	()																																
	<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 15%;">生年月日</td> <td style="text-align: center;">西暦 年 月 日</td> </tr> <tr> <td>性別</td> <td>男・女</td> </tr> <tr> <td>年齢</td> <td>講習会開始時</td> </tr> </table>	生年月日	西暦 年 月 日	性別	男・女	年齢	講習会開始時																										
生年月日	西暦 年 月 日																																
性別	男・女																																
年齢	講習会開始時																																
認定資格 あるいは 職種 <small>※該当の番号を○ で囲んで下さい</small>	<table style="width: 100%;"> <tr> <td>1. 医師</td> <td>2. 歯科医師</td> <td>3. 薬剤師</td> <td>4. 保健師</td> </tr> <tr> <td>5. 助産師</td> <td>6. 看護師</td> <td>7. 准看護師</td> <td>8. 管理栄養士</td> </tr> <tr> <td>9. 栄養士</td> <td>10. 臨床検査技師</td> <td>11. 理学療法士</td> <td>12. 臨床心理士</td> </tr> <tr> <td>13. 作業療法士</td> <td>14. 介護福祉士</td> <td>15. 社会福祉士</td> <td>16. 言語聴覚士</td> </tr> <tr> <td>17. 歯科衛生士</td> <td>18. 健康運動指導士</td> <td>19. 視能訓練士</td> <td>20. 臨床工学技師</td> </tr> <tr> <td>21. ケアマネージャー</td> <td>22. ソーシャルワーカー</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td colspan="4">23. その他、医療・介護等に関する認定資格 ()</td> </tr> <tr> <td colspan="4">24. その他、医療・介護等に関する業務への従事* ()</td> </tr> </table> <p style="text-align: right;"><small>※当機構の承認が必要になります。</small></p>	1. 医師	2. 歯科医師	3. 薬剤師	4. 保健師	5. 助産師	6. 看護師	7. 准看護師	8. 管理栄養士	9. 栄養士	10. 臨床検査技師	11. 理学療法士	12. 臨床心理士	13. 作業療法士	14. 介護福祉士	15. 社会福祉士	16. 言語聴覚士	17. 歯科衛生士	18. 健康運動指導士	19. 視能訓練士	20. 臨床工学技師	21. ケアマネージャー	22. ソーシャルワーカー			23. その他、医療・介護等に関する認定資格 ()				24. その他、医療・介護等に関する業務への従事* ()			
1. 医師	2. 歯科医師	3. 薬剤師	4. 保健師																														
5. 助産師	6. 看護師	7. 准看護師	8. 管理栄養士																														
9. 栄養士	10. 臨床検査技師	11. 理学療法士	12. 臨床心理士																														
13. 作業療法士	14. 介護福祉士	15. 社会福祉士	16. 言語聴覚士																														
17. 歯科衛生士	18. 健康運動指導士	19. 視能訓練士	20. 臨床工学技師																														
21. ケアマネージャー	22. ソーシャルワーカー																																
23. その他、医療・介護等に関する認定資格 ()																																	
24. その他、医療・介護等に関する業務への従事* ()																																	
糖尿病患者の 療養の従事歴 <small>※必ずご記入下さい</small>	施設名： _____ 従事年数： _____ CDEJの資格： 有 ・ 無 ・ 失効後__年																																
勤務先施設名																																	
勤務先住所 <small>※郵便番号・TELも 必ずご記入下さい</small>	〒 _____ TEL： () FAX： ()																																
自宅住所 <small>※郵便番号・TELも 必ずご記入下さい</small>	〒 _____ TEL： () FAX： ()																																
携帯電話番号																																	
メールアドレス <small>※必ずご記入下さい</small>																																	
日中、連絡可能 な電話番号	TEL： () (勤務先・自宅・携帯) どれかを○で囲んで下さい																																
紹介者あるいは 推薦医師	該当者がいる場合のみ記入 (いなくても受講は可能です) 施設名： _____ 氏名： _____ 先生																																

※申込書に記載していただいた個人情報は、事務局において適切に管理し、とやまCDE認定の目的以外で使用しないことをお約束いたします。

※「糖尿病患者の療養の従事歴」の「施設名」「従事年数」の記入を忘れずお願いします。

※事務局より伝達事項をメールにて配信することがありますので、メールアドレス（パソコンあるいは携帯）を必ずご記入ください。受信拒否設定をされている方は、事務局のメール（tymcde-office@umin.ac.jp）が受信できるよう設定変更をお願いします。

※受講の可否につきましては、郵送にてご連絡いたします。受講決定通知に記載された期日までに、指定の口座に受講料を振り込んで下さい（振込手数料は受講者負担でお願い致します）。

受付：2023年5月1日～5月25日（定員になり次第締切）

申し込み先：〒930-0194 富山県富山市杉谷2630番地 富山大学杉谷キャンパス
特定非営利活動法人とやまCDEネットワーク事務局

FAX：076-434-5025