

苦小牧糖尿病コーディネーター登録申請書

令和 年 月 日

苦小牧糖尿病コーディネーターの登録を申請します。

所属先	名 称	
	科・課	
	住 所 電話番号	〒
氏 名		
所持資格 (日本・地域糖尿病療養指導士の方はその旨もご記載ください)		
メールアドレス (研修等の連絡をさせていただきます)		

(※いずれかに必ず○をお願いいたします)

なお、上記の情報のうち所属先・所属課(課)・氏名・所持資格を苦小牧糖尿病コーディネーターナン簿に掲載することに

同意します

・

同意しません