

(様式 1) : 更新要件を満たし、更新を希望する方

おかやま糖尿病サポーターの更新を希望します

(□にチェックを入れてください)

※申請者の現況を確認するためご記入ください

認定番号	
ふりがな 氏名	
生年月日	昭和 ・ 平成 年 月 日
職種	
日本糖尿病療養指導士	有 ・ 無 ・ 以前有
所属施設名	
所属施設住所	〒 TEL :
自宅住所	〒 TEL :
E-mail アドレス	
資料送付先	所属先 ・ 自宅

(ご記入いただいた個人情報は岡山県糖尿病医療連携推進事業のみに使用します)

※更新理由を差し支えない範囲でお答えください(複数回答可)。

1. 研修内容が役立つから
2. 継続して糖尿病の知識を身につけたいから
3. 職場の上司等からのすすめ
4. その他(自由記載)

※おかやま糖尿病サポーター制度等にご意見等ありましたらご記入ください。