

西暦 年 月 日

広島県糖尿病療養指導士認定機構

理事長 伊藤 千賀子 殿

主催団体名 _____

代 表 者 _____ ④ (所属先: _____)

☆参加者が全時間参加することが条件です。(遅刻などは常識の範囲でご対応ください)

広島県糖尿病療養指導士認定機構研修会として認定いただきたく申請致します。

講座名称: _____

開催日時: 西暦 年 月 日 () : から
西暦 年 月 日 () : まで

場 所: _____ 参加予定数: _____ 名

☆プログラム: 別紙参照 (必ず添付すること)

単位数 _____ 単位

共 催: _____

※共催であっても業者が関与する場合は必ず上記に名称をご記入ください。

なお共催に際しては、医療用医薬品製造販売業公正取引協議会規約に準拠すること。

事前申込み (要 ・ 不要) 締切日 月 日

申込み先 TEL: _____ (担当 _____)

※複数可 FAX: _____ (担当 _____)

MAIL: _____ (担当 _____)

【連絡先】 〒 _____ TEL _____

住所: _____ FAX _____

名称: _____ 担当者: _____

【連絡先】 広島県糖尿病療養指導士認定機構 事務局
〒730-0012 広島市中区上八丁堀 4-1-4F グランドタワーメディカルコート内
TEL 082-225-6206 FAX 082-225-6207