

第3回

徳島市糖尿病サポーター (TCDS) 養成研修会 受講申込書

ふりがな 氏名	
所属施設名	
受講通知書送付先 FAX番号 (必須)	<input type="checkbox"/> 勤務先 <input type="checkbox"/> 自宅 fax _____ - _____ - _____
連絡先	<input type="checkbox"/> 勤務先 <input type="checkbox"/> 自宅 住所 〒 _____ 電話 _____ - _____ - _____
勤務先種別 (該当に✓)	<input type="checkbox"/> 病院 <input type="checkbox"/> 診療所 <input type="checkbox"/> 歯科 <input type="checkbox"/> 薬局 <input type="checkbox"/> 介護保険 (施設) <input type="checkbox"/> 介護保険 (在宅) <input type="checkbox"/> 職能団体 <input type="checkbox"/> 教育機関 <input type="checkbox"/> 行政 <input type="checkbox"/> その他 (_____)
対象職種 (該当に✓) ※複数資格がある場合は、 現職で優先されているもの を一つ選択してください	<input type="checkbox"/> 社会福祉士 <input type="checkbox"/> 精神保健福祉士 <input type="checkbox"/> 介護福祉士 <input type="checkbox"/> 介護 (士) 職員 <input type="checkbox"/> 介護支援専門員 <input type="checkbox"/> 歯科衛生士 <input type="checkbox"/> 理学療法士 <input type="checkbox"/> 作業療法士 <input type="checkbox"/> 言語聴覚士 <input type="checkbox"/> 栄養士 <input type="checkbox"/> 臨床心理士 <input type="checkbox"/> 事務系職員 <input type="checkbox"/> 自治体職員 <input type="checkbox"/> その他 (_____)
現職種経験年数	[_____] 年 [_____] か月 ※複数の勤務先で経験がある場合は通算した年数
糖尿病療養指導士 (該当に✓)	<input type="checkbox"/> 日本糖尿病療養指導士資格 (CDEJ) をもっている <input type="checkbox"/> 徳島県糖尿病療養指導士資格 (LCDE) をもっている
受講申込みの 動機	(自由記述)

注) お預かりした個人情報は、本研修会の目的以外には使用いたしません。

申込者多数の場合は、職種の偏りがないよう考慮して選考いたします

申込締切 令和2年1月15日 (水) 必着