

平成 年 月 日

いわて糖尿病療養指導士会
会長 石垣 泰 様

「いわて糖尿病療養指導士 認定更新のための研修会」 申請書

会 の 名 称			
主 催 者 名 (主催者の全てをお書き下さい)			
後 援 ・ 協 賛 (後援予定団体を全てをお書き下さい)			
日 時 (時間必須 24時間表示)		平成 年 月 日 () : から	平成 年 月 日 () : まで
場 所			
内 容	1	演 題	
		講 師	所属施設名 職・氏名
	2	演 題	
		講 師	所属施設名 職・氏名
		その他	外 題
実質講義時間		実質講義時間 : ~ :	時間 分 ※1.5時間以上の講義で1単位を認めます。
配 布 資 料		有 ・ 無	
参 加 資 格		1. 特になし 2. 制限あり ()	
参加予定人数		() 人	ホームページ掲載 可 ・ 不可
参 加 費		有 (円) ・ 無	
連 絡 先		名 称 住 所 〒 担当者 TEL メールアドレス (必須)	
そ の 他		・ 別途プログラムを添付して下さい ・ 原則開催2ヶ月前までに必着でお願いします。	