鹿児島県地域糖尿病療養指導士認定機構　事務局　行

**鹿児島県地域糖尿病療養指導士（KCDEL）**

**第5回更新申請書**

**□鹿児島県地域糖尿病療養指導士の更新申請をいたします。**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **申込日** | **令和　　　年　　　月　　　日** | | |
| **ふりがな** |  | | **性別** |
| **氏　名（ＩＤ）** | **（klcde ）** | | **□男**  **□女** |
| **職　種** |  | |  |
| **勤務先施設名**  **（病院・診療所等）** |  | | |
| **住所（勤務先）** | **〒** | | |
| **TEL（勤務先）** |  | | |
| **勤務先以外への連絡を希望される方は、その連絡先を記入して下さい。** | **〒**  **TEL** | | |
| **日本糖尿病協会** | **□　友の会　（友の会名：　　　　　　　　　　　　）**  **□　鹿児島県糖尿病協会(個人会員の部)**  **□　本部会員（会員番号：　　　　　　　　　　　　）** | | |
|  | **□　その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　）** | | |
| **受領日** | **令和　　年　　　月　　　日** | **備考** | |
| **受付番号** |  |  | |

・太枠内の記入をお願い致します。記載いただいた情報を目的以外で使用することは

ございません。

・申請書は原則としてメールで、以下の書類をお送りください。

1. この更新申請書，②日本糖尿病協会へ入会していることを証明できるもの(会員証の写し，または年会費振込控え等の会員と証明できるもの)，③更新料5,000円振込控えの写し】

その際、PDFファイルで添付ください。メールでの申込が出来ない方はＦＡＸ、または

郵送にてお送りください。 郵送の際は、郵送を証明できる方法（簡易書留等）でお送りくださるようお願いいたします。令和6年3月29日（金）まで（必着）

【送り先】E-mail：[KLCDE2014@gmail.com](mailto:KLCDE2014@gmail.com) / FAX:099-275-6479

〒890-8520

鹿児島市桜ヶ丘八丁目35番地1号

鹿児島大学糖尿病・内分泌内科 医局内

鹿児島県地域糖尿病療養指導士認定機構　事務局　行

【郵送先】

右記を切り取り，

宛先として

お使いください。

【問い合わせ先】E-mail：[KLCDE2014@gmail.com](mailto:KLCDE2014@gmail.com) / <TEL:099-275-6478>