

第10回鹿児島県地域糖尿病療養指導士(KCDEL)認定試験(令和7年度)
受験申込書

□鹿児島県地域糖尿病療養指導士認定試験の受験を申し込みます。

申込日	令和 7年 1月 日	
ふりがな		性別
氏名(ID)	(klcde)	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 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	<input type="checkbox"/> 友の会 (友の会名:) <input type="checkbox"/> 鹿児島県糖尿病協会(個人会員の部) <input type="checkbox"/> 本部会員(会員番号:) <input type="checkbox"/> その他()	
認定試験合格後の 合格者名公表 について	認定試験に合格したら <input type="checkbox"/> ホームページに合格者として氏名を公表してもよい <input type="checkbox"/> ホームページに合格者として氏名を公表しない	
受領日	令和 7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ありません。
- ・受験申込は原則としてメールで、以下の書類をお送りください。
 【①この受験申込書②医療資格免許証の写し③受験料2,000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7年1月6日(月)～1月31日(金)まで(必着)

【送り先】E-mail: KLCDE2014@gmail.com / FAX:099-275-6479

【郵送先】

右記を切り取り、宛先としてお使いください。

〒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

【問い合わせ先】E-mail: KLCDE2014@gmail.com / TEL:099-275-6478