

鹿児島県地域糖尿病療養指導士 (KCDEL)

認定申請書

鹿児島県地域糖尿病療養指導士の認定申請をいたします。

申込日	令和7年 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	
受領日	令和7年 月 日	備考
受付番号		
受領の連絡		
認定料振込		

・太枠内の記入をお願い致します。氏名だけでなく、ふりがな、職種、勤務先施設名、住所、TEL などすべてご記入下さい。ご連絡や認定証をお送りする際に必要です。

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。

・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この認定申請書②認定料 8,000 円振込控えの写し】

その際、PDF ファイルで添付ください。

メールでの提出が出来ない方は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。

2月25日（火）～3月31日（月）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