

鹿児島県地域糖尿病療養指導士 (KCDEL)

第1回更新申請書【2回目】

□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)	<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 ()	
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事は
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7年3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