

鹿児島県地域糖尿病療養指導士 (KCDEL)

第6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) | <input type="checkbox"/> 男 |
| 生年月日 | (年 月 日) | <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