

第 11 回鹿児島県地域糖尿病療養指導士 (KCDEL) 認定試験 (令和 8 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 8 年 1 月 日	
ふりがな		性別
氏 名 (I D)	(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 8 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。
- ・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 8 年 1 月 5 日 (月) ~ 1 月 30 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