

## 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8年 月 日     |  |
| ふりがな   |              | 性別   |
| 氏名 (ID)                                      | (klcde )     | <input type="checkbox"/> 男<br><input type="checkbox"/> 女 |
| 職種   |              |  |
| 勤務先施設名<br>(病院・診療所等)                          |              |  |
| 住所 (勤務先)                                     | 〒            |  |
| TEL (勤務先)                                    |              |  |
| 勤務先以外への連絡<br>を希望される方は、<br>その連絡先を記入し<br>て下さい。 | 〒<br><br>TEL |  |
| 受領日  | 令和8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24日（火）～3月31日（火）まで（必着）

【送り先】 E-mail : [KLCDE2014@gmail.com](mailto: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](mailto:KLCDE2014@gmail.com) / TEL:099-275-6478