鹿児島県地域糖尿病療養指導士認定機構　事務局　行

第 12 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　9 年　　1 月　　日	
ふりがな		性別
氏　名（ＩＤ）	(klcde　　)	□男 □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	□　友の会　（友の会名：　　） □　鹿児島県糖尿病協会(個人会員の部) □　本部会員（会員番号：　　） □　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 □　ホームページに合格者として氏名を公表してもよい □　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　9 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 9 年 1 月 4 日（月）～1 月 29 日（金）まで（必着）

【送り先】E-mail：KLCDE2014@gmail.com

【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