鹿児島県地域糖尿病療養指導士認定機構　事務局　行

# 鹿児島県地域糖尿病療養指導士（KCDEL）

## 第３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　　） | □男<br>□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を希望される方は、その連絡先を記入して下さい。 | 〒<br><br>TEL | |
| 日本糖尿病協会 | □　友の会　（友の会名：　　）<br>□　鹿児島県糖尿病協会(個人会員の部)<br>□　本部会員（会員番号：　　）<br>□　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３月 31 日（水）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