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）
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９年　　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	

受領日	令和９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 22 日（月）～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