

第 19 期 福井糖尿病療養指導担当者教育講習会

受講申込書（この申込書のコピーを使用してお申込みいただいても有効です）

以下の全ての項目に記入して下さい(選択肢は該当する□をチェックして下さい)。

記入に不備がある場合には申込を受け付けません。

福井糖尿病療養指導研究会 殿

私は、第 19 期 福井糖尿病療養指導担当者教育講習会の受講と、修了後の福井糖尿病療養指導研究会入会(入会金無料)を申し込みます。

氏名 / 性別	/ ☐ 男性 ☐ 女性	
生年月日	西暦 19 年 月 日	
自宅	〒	住所：
所属機関	名称：	
	〒	住所：
	TEL(市外局番) FAX：	
資格	☐ 看護師 ☐ 准看護師 ☐ 管理栄養士 ☐ 薬剤師 ☐ 臨床検査技師 ☐ 理学療法士 ☐ 作業療法士 ☐ 保健師 ☐ 助産師 ☐ 記載以外()	
受講の承諾を得た御上司のお名前と役職	お名前：	役職：
確認欄	☐ 上記の記入事項に相違ありません。(行頭の□にチェック必要) もし、虚偽の記入が判明し不都合が生じた場合のいかなる責任についても申込み者が負うことに異議ありません。	

申し込み方法： 郵送あるいは e メールに限ります。 FAX での申込みは受け付けません。

申込締め切り： 2018 年 1 月 31 日(火曜) 必着

郵送の宛先： 〒910-0003 福井市松本4丁目5番10号 福井中央クリニック 笈田耕治

e メール宛先： webmaster02@fukui-cde-society.com

メールの方法: 当会ホームページの申込書をコピーして、メールの本文にペーストして必要事項を記入後お送りください。或いは申込書をメールに添付してお送りください。チェック欄には ■ を御利用ください。メールでのお申し込みには、必ず「受け取りました」の返信をしますので、返信をご確認ください。

【重要】 原則として申込者全員に受講して頂く予定です。しかしながら、万一会場収容人数を超えるお申込みがあった場合には、受講者を選定させて頂くことになります。(福井県内居住者を優先します。) 受講の可否については、2月中旬頃にホームページ (<http://fukui-cde-society.com/>) に掲載致します。受講ができない場合を除き、各人に連絡はしませんのでご了承ください。ホームページを閲覧できずどうしても確認ができない場合に限り、事務局へ Fax でお尋ねください。(福井中央クリニック 笈田耕治 0776-24-2467)