徳島県糖尿病療養指導士　認定更新のための講習会

**計画書**

|  |  |
| --- | --- |
| 申請年月日 | 令和　　　年　　　月　　　日 |

★印の項目は「講習会受講票」に印字しますので正確に記入してください。

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 1. 講習会名称★   ※「第○回」「○年度」等正確に記入 | |  | | |
| 1. 主催団体★ | |  | | |
| 1. 共催団体 | |  | | |
| 1. 後援 | |  | | |
| 1. 開催年月日★ | | 令和　　　年　　　月　　　日(　　　曜日) | | |
| 講習時間★ | | 時　　　分～　　　時　　　分(商品の情報提供、意見交換会等の時間は除く) | | |
| 1. 開催場所★ | |  | | |
| 1. 開催方式 | |  | | |
| 1. 開催の目的 | |  | | |
| 1. 講演内容(演題テーマ等)   ※「療養指導に関するもの」のみ申請可 | |  | | |
| 1. 講師 | |  | | |
| 1. 主な対象者(職種等) | |  | | |
| 1. 参加見込み人数 | | 人 | | |
| 1. 参加費 | | 有料(　　　　　　円)　／　無料(該当するものに○、金額記入) | | |
| 1. 備考 | |  | | |
|  | | | | |
| 申請者連絡先(必須) | | | | |
| 会社名 |  | | 担当者名 |  |
| 住所 |  | | 部署 |  |
| MAIL |  |
| TEL |  | | FAX |  |
|  |  | |  |  |
| 徳島県糖尿病療養指導士認定機構Facebook掲載用URL(案内・申込先等が掲載されているホームページ等) | | | | |
| **URL** |  | | | |

※徳島県糖尿病療養指導士の活動とブッキングした場合は認定できません。

※本計画書を徳島県糖尿病療養指導士担当の鶴尾美穂先生・白神敦久先生・徳島県糖尿病療養指導士認定機構事務局へ

　開催日1ヶ月前までに提出してください。

◆問合せ先：徳島県糖尿病療養指導士認定機構

MAIL：lcde361@tokushima.med.or.jp　TEL：088-622-0264

〒770-8565　徳島市幸町3丁目61