

福岡県糖尿病療養指導士 北九州地区研修会受講申込書

| | |
|------------------------|---------------|
| ふりがな | 男・女 |
| 氏名 | 印 |
| 生年月日 年 月 日生 (満 歳) | 職業 |
| ふりがな | |
| 現住所 〒(-) | TEL() - |
| ふりがな | |
| 勤務先 | |
| ふりがな | |
| 勤務先住所 〒(-) | TEL() - |

推 薦 書

上記の者を、福岡県糖尿病療養指導士北九州地区研修会の
受講者として、推薦致します。

平成 年 月 日

施設名

施設長

印

職歴

| 年 | 月 | 職 歴 |
|---|---|-----|
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |

糖尿病患者指導担当者としての経験年数

| 施 設 名 | 年 |
|-------|---|
| | |
| | |
| | |

指導内容を具体的に記入してください

| |
|--|
| |
|--|

日本糖尿病協会への加入の有無

有り()分会 ・ 無

入会している方は領収書の写しを同封して下さい

入会手続き中()分会

免許取得年月日

| | 取得年月日 |
|--|-------|
| | |
| | |
| | |

研修会受講申込回数 初回 2回以上

糖尿病関連講演会等の受講票

| | 講演会などの名称 | 開催年月日 | 取得単位 |
|----|----------|-------|------|
| 1 | | | |
| 2 | | | |
| 3 | | | |
| 4 | | | |
| 5 | | | |
| 6 | | | |
| 7 | | | |
| 8 | | | |
| 9 | | | |
| 10 | | | |
| 11 | | | |
| 12 | | | |
| 13 | | | |
| 14 | | | |
| 15 | | | |

糖尿病関連講演会等の取得単位

(イ) 参加者の取得単位

- ・ 日本糖尿病学会学術集会・・・・・・・・・・ 5 単位
- ・ 日本糖尿病学会九州地方会・・・・・・・・・・ 5 単位
- ・ 九州糖尿病教育セミナーDITN・・・・・・・・・・ 5 単位
- ・ 北九州糖尿病治療懇話会・・・・・・・・・・ 5 単位
- ・ 北九州糖尿病教育従事者研修会・・・・・・・・・・ 5 単位
- ・ 北九州糖尿病チーム医療懇話会・・・・・・・・・・ 5 単位
- ・ 糖尿病学の進歩・・・・・・・・・・ 5 単位
- ・ 看護協会・栄養士会独自の糖尿病関連研修会・・ 1 単位 (60分以上)

(ロ) 学会発表者・シンポジストの取得単位・・ 3 単位

- ・ 以上に該当しない糖尿病関連講演会については、本委員会で検討いたします。
- ・ 原則としては、60分以上の講演会は1単位として計算します。従って、120分以上の講演会は2単位となります。