

【参加申込書】

糖尿病診療 - 最新の動向 医師・医療スタッフ向け 研修講座

注: 選択するものについては、該当するものに☑をしてください。

開催日時・会場	平成29年10月29日(日)・サンポートホール高松 5階 54会議室			申込締め切り H29年10月26日(木)
お名前	(ふりがな)			
ご施設名 (正式名称)	(ふりがな)			
ご施設住所	〒			
	都道府県			
ご施設TEL		ご施設FAX		
E-mail (携帯電話不可)	登録完了のメールをお送り致しますので必ずご記入ください。e-mailをお持ちでない方はFAX番号を必ずご記入ください。			
部署		お役職		
職種	<input type="checkbox"/> 医師	<input type="checkbox"/> 看護師	<input type="checkbox"/> 薬剤師	<input type="checkbox"/> 管理栄養士
	<input type="checkbox"/> 臨床検査技師	<input type="checkbox"/> 理学療法士	<input type="checkbox"/> その他()	
糖尿病専門医 指導医 日糖協療養指導医 CDE/LCDE 認定看護師 について	糖尿病専門医	(<input type="checkbox"/> 取得済み	<input type="checkbox"/> 今後取得予定	<input type="checkbox"/> なし)
	糖尿病指導医	(<input type="checkbox"/> 取得済み	<input type="checkbox"/> 今後取得予定	<input type="checkbox"/> なし)
	日糖協療養指導医	(<input type="checkbox"/> 取得済み	<input type="checkbox"/> 今後取得予定	<input type="checkbox"/> なし)
	日本糖尿病療養指導士	(<input type="checkbox"/> 取得済み	<input type="checkbox"/> 今後取得予定	<input type="checkbox"/> なし)
	取得済みの方は認定番号5ケタ(必須)(_____)			
地域糖尿病療養指導士	(<input type="checkbox"/> 取得済み	(_____	都道府県)	
糖尿病看護認定看護師	(<input type="checkbox"/> 取得済み	<input type="checkbox"/> 今後取得予定	<input type="checkbox"/> なし)	
この研修講座を 何で知りましたか？	<input type="checkbox"/> 国立国際医療研究センター ホームページ	<input type="checkbox"/> 糖尿病ネットワーク		
	<input type="checkbox"/> その他のサイト(_____)	<input type="checkbox"/> 自施設からの紹介		
	<input type="checkbox"/> 雑誌 プラクティス	<input type="checkbox"/> 知人の紹介		
	<input type="checkbox"/> 案内ポスター	<input type="checkbox"/> 医師会からの連絡		
	<input type="checkbox"/> その他(_____)			
過去に本研修講座に 参加したことは ありますか？	<input type="checkbox"/> ある	<input type="checkbox"/> ない		
	登録No. _____	*ご存知の方のみで結構です		
備考				

参加登録が完了致しましたら、登録完了のご連絡(登録番号、参加予約票)をさせて頂いております。
申込後、1週間以上こちらより連絡がない場合は、お申込みができていないことがございますので、
お手数ではございますが、下記までご連絡ください。

参加申込書のご返信は下記までお願い致します

e-mail: dm-inf1@hosp.ncgm.go.jp

FAX: 03-3202-9906

お問い合わせ

国立研究開発法人 国立国際医療研究センター 糖尿病情報センター

〒162-8655 東京都新宿区戸山1-21-1 TEL:03-3202-7181(内線:2161) TEL:03-5273-6955(ダイヤルイン)