

# 【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28年6月19日(日)・国立国際医療研究センター 5階 大会議室			申込締め切り H28年6月16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
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)