メールアドレスをお持ちで、当会のホームページ　<https://www.fukui-cde-society.com/>

からファイルなどをダウンロードでき、word書類、pdf書類を扱える方に限ります。

点線以下の必要事項を入力し**（手書きは不可）**、**メールの本文上にコピー、ペーストで入力して下さい（このファイルをメールに添付は不可）。**

**宛先：**　fukui.cde@gmail.com　　までお送りください。

申込期間：2025年2月1日～4月5日

先着60人で締め切ります。

**以降のすべての項目が必須です。不備があるものは不受理となります。**

--------------------------------------------------------------------------

**第26期 福井糖尿病療養指導担当者教育講習会受講申込書**

福井糖尿病療養指導研究会殿

私は、上記講習会の受講と、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（該当するものを残す）　　男性　　　女性

生年月日（西暦）　　　　　　　　　年　　　月　　　日

メールアドレス

所属機関

名称：

住所：　〒

電話番号：

資格（該当するものを残す）

　　看護師　准看護師　管理栄養士　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

　　　　　その他（　　　　　　　　　　）

自宅住所：　〒

**上記の記入内容に相違ありません。**

**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。**

**また、講習日初日（4月27日）あるいは2日目（6月1日）に、会場にて教本と引き換えに講習費用（8,000円）を支払います。なお、一旦支払った講習費用の返金は求めません。**