

福岡糖尿病療養指導士認定単位申請書

年 月 日

申請者名：

糖尿病専門医 ・ CDE 有資格者
(どちらかに○をしてください)

所属：

TEL：

講演会名	
開催者	
後援	
開催日時	年 月 日 () : ~ : 実質講演時間 時間 分
開催場所と形式	会場： 完全対面式：WEB 開催のみ：会場とハイブリッド開催：オンデマンド開催
参加方式	①自由参加 ②予約あり ③人数制限あり (名) 参加費：無・有 (円)
内容	テーマ： 演題： 講師等： ▽CDE の為の話題のポイント (演題や講師が複数の場合には CDEL 向けの講演にふさわしい演者を記載してください)
連絡先	(申請者または開催代表者：メーカー除く)

※ホームページの【単位申請書 記載要項】をご確認ください。

2024.5 改訂