



[ホーム](#) > 保護中: 糖尿病療養指導ボランティア登録フォーマット

保護中: 糖尿病療養指導ボランティア登録フォーマット

このコンテンツはパスワードで保護されています。閲覧するには以下にパスワードを入力してください。

パスワード

採用情報

働き方と
暮らし方

voice
先輩の声

当院での
研修案内

[ページ上部へ](#)





[ホーム](#) > 保護中: 糖尿病療養指導ボランティア登録フォーマット

保護中: 糖尿病療養指導ボランティア登録フォーマット

下記項目に必要な事項をご入力下さい。

- 1.お名前 (必須)
- 2.ふりがな (必須)
- 3.性別 (必須)
 男 女
- 4.職種 (必須)
- 5.年齢
 歳
- 6.医療職年数 (必須)
- 7.CDE経験年数 (CDEJ)
- 8.CDE経験年数 (LCDE)
- 9.CDEL所属県・地区
- 10.所属施設名 (必須)
- 11.所属施設名ふりがな (必須)
- 12.所属部署名 (必須)
- 13.所属部署名ふりがな (必須)
- 14.所属先住所 (必須)
〒
都道府県 市区町村
以降住所
- 15.所属施設TEL (必須)
- 16.E-mail
- 17.携帯TEL (必須)
- 18.携帯mail
- 19.災害ボランティア経験 (必須)
 あり なし
- 20.前項19で「あり」の方: いつ
- 21.前項19で「あり」の方: どこで
- 22.医療職損害賠償保険 (必須)
 あり なし
- 23.施設長の許可 (必須)
 済 未
- 24.移動方法 (必須)
 自家用車 JR等の公共交通機関
- 25.5月で活動可能な日 (必須)
 5/3 5/4 5/5 5/7 5/8 5/14 5/15 5/21 5/22 5/28 5/29
- 26.6月で活動可能な日 (必須)
 6/4 6/5 6/11 6/12 6/18 6/19 6/25 6/26
- 27.ご意見・ご質問など

送信前の確認 (必須)

送信確認画面は表示されません。内容を今一度ご確認頂き、問題なければチェックを入れ、送信ボタンを押して下さい。

※具体的な派遣は現地のニーズと合わせて調整しご連絡いたします。

採用情報

働き方と暮らし方

voice
先輩の声

当院での
研修案内