

*** 糖尿病教育者としての経歴**

施設名：職務		経歴
渡辺クリニック	管理栄養士	2000年～2014年
福岡大橋病院	主任栄養士	2014年～2017年
<div style="border: 2px solid red; padding: 5px; color: red;"> 糖尿病に関する療養指導を行った期間の施設名と職務を時系列で記載してください。複数施設の場合は分けて記載してください。 </div>		年～年
		年～年

*** 日本糖尿病療養指導士(CDEJ)取得**

1. 有 取得 年
最終更新 年 ・ 更新無し
2. 無

*** 日本糖尿病協会分会名 分会名()**

各分会発行のH29年度年会費領収書を必ず貼付して下さい。

福岡市医療部会の方は郵便振替払込受領証(紛失された方はご連絡下さい)

勤務施設の名称、または分会名があればお書きください。分会発行の領収書は下記空欄にのり付けしてください。



糖尿病関連講演会等の受講一覧表

氏名

受講期日の古い順に時系列で記載して下さい

	講演会等の名称	開催年月日	単位
1	第58回日本糖尿病学会年次学術集会	2015年5月21日(木) ~5月24日(日)	5単位
2	第5回福岡インスリンポンプの安全講習会	2017年4月2日(日)	1単位
3	振り替え単位については福岡糖尿病療養指導士認定会 ホームページにてご確認ください。 http://lcde-fukuoka.com/public/index_public.html		
4			
5			
6	添付する受講単位証明書に記載している講演会・研修会 の名称を正確に記載してください。		
7			
8			
9			
10			
11			
12			
13			
14	チェックリスト下段に記載している「受講証有効期限お よびボランティア回数」が、更新のための単位が満たさ れているか確認してください		
15			
		合 計	

*** 注意 : 受講証を必ず添付して下さい**