

## ■研修会受講資格

※1～4の項目は受験書類提出日までにすべて満たしていること。

1. 看護師、管理栄養士、薬剤師、臨床検査技師、理学療法士、保健師等の国家資格を有し、医療職としての経験が3年以上の者。  
准看護師、栄養士は医療職としての経験が5年以上の者。
2. 糖尿病教育者としての経験が1年以上あること。
3. JADEC（日本糖尿病協会）の会員であること。（2025年3月末日まで発行の領収書）  
※2015年度よりJADECに入会している期間が1年以上となりました。
4. 糖尿病関連講演会等の取得単位が過去3年間で10単位以上の者。
5. CDEJ（日本糖尿病療養指導士）取得者は面接試験のみ（筆記試験免除）。

## ■研修会申し込み要項

《福岡糖尿病療養指導士認定会ホームページの受験案内よりプリントアウト可》

1)～4)の書類を揃えて **2026年4月23日（木）必着**で事務局へ送付して下さい。

- 1) 福岡糖尿病療養指導士研修会受講申込書（本人自署であれば、印鑑不要）
- 2) 経験年数及び資格（資格証明書コピー・日糖協の分会発行の領収書）
- 3) 施設長の推薦書（2名以上申込の際は施設内順位を必ず記載）

※調剤薬局の方は福岡市薬剤師会発行の『講習認定証』と薬局長の推薦書

※クリニック勤務で作業療法士・歯科衛生士・視能訓練士の方は糖尿病専門医の推薦書

※訪問看護ステーション所属の医療従事者（リハビリ含む）は医師の推薦書

- 4) 糖尿病関連講演会等の受講一覧表（受講証は貼らないで下さい）

※JADEC（日本糖尿病協会）の「eラーニング」は単位の対象になりません。

- 5) CDEJ（日本糖尿病療養指導士）取得者は①受講申込書②経歴・資格・所属

③CDEJ認定証のコピーを提出して下さい。

同施設より2名以上申し込みの場合は施設にてまとめて送付していただいて結構です。

福岡CDE研修会参加資格は、5月の委員会で決定されますので、受講の可否につきましては、6月上旬頃に郵送にてお知らせいたします。

住所変更、氏名変更の予定のある方は申込書に明記してください。

## ■研修試験費用および支払方法

費用：15,000円（受験料を含む） ※研修案内の際に御案内します

CDEJ資格者 5,000円（受験免除、面接のみ）

※糖尿病療養指導ガイドブック2026を使用します。当日販売有り

## ■会場及び日時

研修会は2026年7月12日（日曜日）・7月26日（日曜日）2回開催予定。

福岡県内統一試験は2026年9月27日（日曜日）福岡赤十字病院椎木記念ホールで予定されております。詳細は受講案内文書を郵送いたします。

## ■申込先 〒815-0082 福岡市南区大楠2丁目3-10 コトブキビル3階

よしなり内科クリニック内

福岡CDE認定会 宛

## ■問い合わせ先

福岡CDE認定会事務局

携帯：090-5733-6672（藤本）

[lcde-fukuoka@huk.bbq.jp](mailto:lcde-fukuoka@huk.bbq.jp)

※Lの小文字「l」から始まります

## 福岡糖尿病療養指導士研修会 受講申込書

ふりがな 氏 名		職 業 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 その他 ( )
生年月日 昭和・平成 年 月 日生 (満 歳 ) 男・女 西暦( 年)		
ふりがな 現 住 所 〒 —  携帯: TEL( ) —		
ふりがな 勤 務 先		
ふりがな 勤務先住所 〒 —  TEL( ) — FAX( ) —		

## 職 歴

[illegible]

糖尿病教育者としての経験年数

施 設 名	年

免 許 ・ 資 格 （免許・資格証明書のコピーを添付して下さい）

免 許 ・ 資 格	番 号	取 得 年 月 日
		年            月            日
		年            月            日
		年            月            日
		年            月            日
		年            月            日

◆JADEC（日本糖尿病協会）            分会名

---

各分会発行の年会費領収書を必ず貼付して下さい。

☆2025年3月31日までの領収書貼付。2025年4月以降の領収書は無効です。

のりづけ  
(前年度分)

※1年以上入会していることが条件です。

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)

# 推薦書

下記の者を、福岡糖尿病療養指導士研修会の受講者として、推薦致します。

全職種を含めて

氏 名 \_\_\_\_\_ 順 位 \_\_\_\_\_ 番 \_\_\_\_\_

尚、上記の者は医療職として3年以上、且つ1年以上の糖尿病教育者としての

経験を有することを認めます。

年      月      日

施設名 \_\_\_\_\_

施設長 \_\_\_\_\_

印 \_\_\_\_\_

## 糖尿病関連講演会等の受講一覧表(過去3年間)

氏 名

---

	講演会等の名称	開催年月日	単 位
1			
2			
3			
4			
5			
6			
7			
8			
9			
10			
11			
12			
13			
14			
15			

※受講証は貼らないで、添付して下さい(コピー不可)

