2020年８月吉日

各位

佐賀県糖尿病療養指導士認定委員会　会長　　　安西　慶三

　　　　同資格認定委員会委員長　　　江本　晶子

2020年度　佐賀糖尿病療養指導士認定更新の手続きについて

佐賀糖尿病療養指導士につきましては、認定更新が必要です。

更新対象者は、以下の内容をご確認の上、認定更新申請書または認定更新延期申請書を必ず提出してください。

書類に不備があった場合は更新認定不可の場合がありますのでご注意ください。

**［認定更新条件について］**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | | 初回更新 | 再更新 |
| 佐賀4回生（2017年認定） | 筑後佐賀2回生（1998年認定）  筑後佐賀5回生（2001年認定）  筑後佐賀8回生（2004年認定）  筑後佐賀11回生（2007年認定）  筑後佐賀16回生（2012年認定） |
|  | 【全員】佐賀糖尿病療養指導士会に入会している（※１） | 必要 | 必要 |
| ② | 【全員】認定更新申請時に、日本糖尿病協会の友の会もしくは本部会員に入会していること | 必要 | 必要 |
| ③ | 【医師のみ】（※２） | ①（社）日本糖尿病協会が制定した登録医もしくは療養指導医、②佐賀県医師会推薦糖尿病医療機関の勤務医師、③更新期間内に佐賀糖尿病療養指導士会認定の研修取得単位が過去2単位以上（単位の設定については、別に定める）のいずれかの条件を満たすこと | |
| ④ | 【歯科医師のみ】（※２） | ①（社）日本糖尿病協会が制定した登録歯科医、②佐賀糖尿病療養指導士会認定の研修取得単位が過去2単位以上（単位の設定については、別に定める）のいずれかの条件を満たすこと | |
| ⑤ | 【医師・歯科医師以外】糖尿病関連講演会などの取得単位  単位取得日は、認定期間中に限る。 | 社会活動と研修単位を合わせて10単位以上。  （※２） | 社会活動と研修単位を合わせて25単位以上。  （※２） |
| ⑥ | 【医師・歯科医師以外】経験した所定の糖尿病症例一覧表（10例）、及び糖尿病に関する事例の提出 | 必要 | 不要. |
| ⑦ | 【医師・歯科医師以外】代替レポートの対象申請手続き書 | 事前に申請必要（⑥が提出できない場合） | 不要 |
| ⑧ | 【全員】更新手数料 | 3,000円 | 5,000円 |

※１：年会費の未納がないかご確認ください。

※２：2020年より当面の間の措置。社会活動、研修単位の最低必要単位数の制限を設けないこととする。

**［更新延期申請について］**

出産・海外ボランティア・転勤・長期出張などで更新が不可能な場合、その理由を証明する書類と更新延期申請書を提出することにより、認定期間の延長を申請することができる。ただし、延長期間は２年までとする。

**［手続きについて］**

Ａ．必要書類

（佐賀糖尿病療養指導士会のホームページhttp://sagacde.gr.jpからダウンロードしてください。）

認定更新申請者の場合

※10月31日の時点で研修単位、社会単位数の不足がある場合でも、認定期間中の12月31日までに追加取得が見込まれる場合は、延期申請ではなく10月31日までに更新申請を行ってください。

認定更新申請書（様式１）

１．研修単位　糖尿病関連学会、講演会などの受講、発表の一覧表（様式２－１）

２．研修単位　出席証明書・単位証添付用紙（様式２－２）

様式２－１で記載した出席証明書もしくは単位表の原本を貼付する。

コピーは原則不可。ただし原本の提出が不可の場合は、コピーした単位票又は出席証明書に原本の提出先を明記する。無記名は不可。

３．社会活動　一覧表（様式３－１）

４．社会活動　単位証添付用紙（様式３－２）

様式３－１で記載した単位表の原本を貼付する。

コピーは原則不可。ただし原本の提出が不可の場合は、コピーした単位票又は出席証明書に原本の提出先を明記する。無記名は不可。

５．【初回更新者のみ】CDEL取得後に指導した糖尿病患者一覧表（様式４）

６．【初回更新者のみ】糖尿病患者に関する事例報告（様式５）

７．【初回更新者のみ】配属変更など一身上の都合により「糖尿病患者一覧表」及び「糖尿病患者に関する事例報告」を提出できない方は、2020年8月31日（当日消印有効）までに「代替レポートの対象申請手続き書」（様式１－１）を事務局までにご連絡ください。

８．郵便振込み用紙のコピー

認定更新料をゆうちょ銀行で払込みした時に交付される「振替払込請求書兼受領書」のコピーを認定更新申請書の裏に貼付すること

※手数料は申請者負担

更新延期申請者の場合

１．認定更新延期申請書（様式６）

Ｂ．書類提出締切日　　2020年10月1日～2020年10月31日（当日消印有効）

※提出された書類は返却いたしません。

Ｃ．認定審査結果は、申請者あてに12月頃に郵送します。

D．更新審査の結果、単位不足があった場合には追加申請のお知らせをします。

（様式2-3、2-4、3-3、3-4）

E．書類送付先　　　〒849−8501　　佐賀市鍋島５丁目１番１号

　　　　　　　　　佐賀大学医学部看護学科成人・老人看護学講座内

　　　　　　　　　佐賀県糖尿病療養指導士認定委員会事務局

　　　　　　　　　　　TEL/FAX　0952－34－2546（平日９〜１２時　１３〜１６時）

|  |
| --- |
| **申請書類チェック表（更新希望者用）** |

提出前に下記の書類が揃っているか各自チェックして下さい。

* 【全員】認定更新申請書（様式１）

　　　　（住所・署名または記名押印・ふりがな等の確認）

* 【全員】研修単位　糖尿病関連学会、講演会などの受講、発表の一覧表（様式２－１）
* 【全員】研修単位　出席証明書・単位証・添付用紙（様式２－２）
* 【医師・歯科医師以外全員】社会活動　一覧表（様式３－１）
* 【医師・歯科医師以外全員】社会活動　単位証添付用紙（様式３－２）
* 【全員】日本糖尿病協会の友の会もしくは本部会員に加入している（未加入の方は申込み当日までには必ず入会して下さい）
* 【医師・歯科医師以外の初回更新者のみ】

CDEL取得後に指導した糖尿病患者一覧表（様式４）

* 【医師・歯科医師以外の初回更新者のみ】糖尿病患者に関する事例報告（様式５）
* 【医師・歯科医師以外の初回更新者のみ】代替レポートの対象申請手続き書（様式１－１）

事前に様式４および様式５が提出できない理由がある方は、8月31日までに送付してください。折り返し、事務局から連絡いたします。

2020年度　佐賀糖尿病療養指導士認定更新申請書

様式1

佐賀県糖尿病療養指導士認定委員会殿

佐賀糖尿病療養指導士の認定更新を申請致しますので、以下の書類および認定更新料を添えて申し込みます。

|  |
| --- |
| 更新申請日　　西暦　　　　　年　　　月　　　日 |
| 佐賀糖尿病療養指導士認定番号：　（　　　　　　）　－　（　　　　　　）　－　（　　　　　　） |
| ふりがな  氏名　　　　　　　　　　　　　　　　　　印　　　　署名もしくは記名押印  旧姓（認定後に改姓された方）： |
| 生年月日　　　　　年　　　月　　　日　　　　　　年齢　　　　歳 |
| 現住所　〒  Tel（どちらか選択　□自宅・□携帯）： |
| 職種： 　（免許証番号　　　　　　　　） |
| 勤務先  勤務先住所　〒  Tel： |
| 職歴（CDEL取得後、もしくは前回更新後の異動等）  西暦　　　　年　　　月（CDEL取得、もしくは前回更新）  　　　　　　　年　　　月  　　　　　　　年　　　月 |
| 所属する日本糖尿病協会会員友の会名もしくは本部会員番号  □　友の会名（　　　　　　　　　　）  □　日本糖尿病協会（会員番号：　　　　　　　　　　） |
| 申請する単位数  ①研修単位（様式２-1）：　　　　　　単位（最低必要単位数の設定なし）  ②社会単位（様式3-1）：　　　　　　単位（最低必要単位数の設定なし）  ①+②の合計：　　　　　　単位　　（初回更新は最低10単位以上、再更新は最低25単位以上）  更新申請期限の10月末日までに　　　　　単位の不足がありますが、2020年12月31日までに単位を取得し、2021年1月10日までに追加申請します。　氏名（　　　　　　　　　　　） |
| ＜医師＞（該当するものに✔）  ①（社）日本糖尿病協会が制定した登録医もしくは療養指導医　⇒　□有　□無  ②佐賀県医師会推薦糖尿病医療機関の勤務医師　⇒　□有　□無  ③①と②に該当しない場合、様式２-１と２－２の提出が必要です。  ＜歯科医師＞（該当するものに✔）  ①（社）日本糖尿病協会が制定した登録歯科医　⇒　□有　□無  ②①に該当しない場合、様式２-１と２－２の提出が必要です。 |
| 【事務局記入欄】 |

2020年度　佐賀糖尿病療養指導士認定更新

様式1－１１

代替レポートの対象申請手続き書（初回更新のみ）

佐賀県糖尿病療養指導士認定委員会殿

下記の理由により、佐賀糖尿病療養指導士の認定更新のための書類を一部代替レポートの提出としたいため、申請します。

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 申請日　　西暦　　　　　年　　　月　　　日 | | |
| 佐賀糖尿病療養指導士認定番号： 　（　　　　　　）　－　（　　　　　　）　－　（　　　　　　） | | |
| ふりがな  氏名　　　　　　　　　　　　　　　　　　印　　　　署名もしくは記名押印  旧姓（認定後に改姓された方）： | | |
| 生年月日　　　　　年　　　月　　　日　　　　　　年齢　　　　歳 | | |
| 現住所　〒  Tel（どちらか選択　□自宅・□携帯）： | | |
| 職種： 　（免許証番号　　　　　　　　） | | |
| 勤務先  勤務先住所　〒  勤務先Tel： | | |
| CDEL取得後の職歴と業務内容 | | |
| 従事期間 | 勤務施設名と  配属部署名 | 具体的な業務内容と症例報告できない理由  （糖尿病療養指導に関わることができない事情が分かるように記載してください） |
| 西暦　　　年　　月（CDEL取得時）～　　年　　月 |  |  |
| 年　　月　～  　　年　　月 |  |  |
| 年　　月　～  　　年　　月 |  |  |
| 【事務局記入欄】  審査結果： | | |

提出期限：2020年8月31日（当日消印有効）糖尿病関連講演会等の受講一覧表（研修単位）

氏名

様式２－１

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | 講演会等の名称 | 開催年月日  初回更新は2018(H30)年1月～  再更新は2016(H28)年1月～  ※単位表に印字された表記で記入 | 単位 |
| 1 |  |  |  |
| 2 |  |  |  |
| 3 |  |  |  |
| 4 |  |  |  |
| 5 |  |  |  |
| 6 |  |  |  |
| 7 |  |  |  |
| 8 |  |  |  |
| 9 |  |  |  |
| 10 |  |  |  |
| 11 |  |  |  |
| 12 |  |  |  |
| 13 |  |  |  |
| 14 |  |  |  |
| 15 |  |  |  |
| 合計 |  |  | **単位** |

・単位数は、資料１の「糖尿病に関する学術集会、或いは社会活動の履修条件・単位計算について」に従って記載してください。

・開催年月日は、認定証に記載された期間（更新延期中の場合は、延期した年の12月末日まで）に属するものとします。更新申請期限の10月末日までに不足する場合は、様式１で申告した上で、12月31日までに単位取得し、様式２－３と２－４で追加申請することが可能です。

・書く欄が足りない場合は、用紙をコピーしてください。（申請は最高30単位分まで）

・合計の単位数を記載してください。（申請は最高30単位分まで）

・研修会参加審査の参考にしますので、できるだけ多く思い出して記入して下さい。

【事務局記入欄】

□初回更新　　研修（　　　　）単位取得確認済み

□再更新　　　研修（　　　　）単位取得確認済み

様式２－２

**出席証明書・単位証　添付用紙（研修単位）**

氏名

様式２-１の「糖尿病関連講演会等の受講一覧表」で記載した順番に、重ならないようにすべて添付してください。

コピーは原則不可。ただし原本の提出が不可の場合は、コピーした単位票又は出席証明書に原本の提出先を明記してください。無記名は不可。

日糖協eラーニング受講をした場合は、修了証と修了証発行メールの両方を添付してください。

貼付用紙が足りない場合は、用紙をコピーしてください。

**【追加申請用】**糖尿病関連講演会等の受講一覧表（研修単位）

様式２－３

佐賀糖尿病療養指導士認定番号：　　（　　　　　　）　－　（　　　　　　）　－　（　　　　　　）

氏名

提出期間：2020年11月1日～2021年1月10日（当日消印有効）

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | 講演会等の名称 | 開催年月日  初回更新は2018(H30)年1月～  再更新は2016(H28)年1月～  ※単位表に印字された表記で記入 | 単位 |
| 1 |  |  |  |
| 2 |  |  |  |
| 3 |  |  |  |
| 4 |  |  |  |
| 5 |  |  |  |
| 6 |  |  |  |
| 7 |  |  |  |
| 8 |  |  |  |
| 9 |  |  |  |
| 10 |  |  |  |
| 合計 |  |  | **単位** |

・単位数は、資料１の「糖尿病に関する学術集会、或いは社会活動の履修条件・単位計算について」に従って記載してください。

・開催年月日は、認定証に記載された期間（更新延期者の場合は、延期した年の12月末日まで）に属するものとします。

・書く欄が足りない場合は、用紙をコピーしてください。（申請は最高30単位分まで）

・合計の単位数を記載してください。（申請は最高30単位分まで）

・研修会参加審査の参考にしますので、できるだけ多く思い出して記入して下さい。

【事務局記入欄】

□初回更新　　　　（　　　　）単位追加取得確認済み→　　　合計単位不足なし・あり

□再更新　　　　　（　　　　）単位追加取得確認済み→　　　合計単位不足なし・あり

**【追加申請用】出席証明書・単位証　添付用紙（研修単位）**

様式２－４

氏名

様式２-３の「糖尿病関連講演会等の受講一覧表」で記載した順番に、重ならないようにすべて添付してください。

コピーは原則不可。ただし原本の提出が不可の場合は、コピーした単位票又は出席証明書に原本の提出先を明記してください。無記名は不可。

貼付用紙が足りない場合は、用紙をコピーしてください。

社会活動一覧表

氏名

様式３－１

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | 社会活動の名称 | 開催年月日  初回更新は2018(H30)年1月～  再更新は2016(H28)年1月～  ※単位表に印字された表記で記入 | 単位 |
| 1 |  |  |  |
| 2 |  |  |  |
| 3 |  |  |  |
| 4 |  |  |  |
| 5 |  |  |  |
| 6 |  |  |  |
| 7 |  |  |  |
| 8 |  |  |  |
| 9 |  |  |  |
| 10 |  |  |  |
| 合計 |  |  | **単位** |

・単位数は、資料１の「糖尿病に関する学術集会、或いは社会活動の履修条件・単位計算について」に従って記載してください。

・開催年月日は、認定証に記載された期間（更新延期者の場合は、延期した年の12月末日まで）に属するものとします。更新申請期限の10月末日までに不足する場合は、様式１で申告した上で、12月31日までに単位取得し、様式３－３と３－４で追加申請することが可能です。

・合計の単位数を記載してください。（申請は最高30単位分まで）

【事務局記入欄】

□初回更新　　　研修（　　　）＋社会（　　　）＝合計（　　　　）単位取得確認済み（最低10単位以上が必要）

→　　単位不足なし・あり

□再更新　　　　研修（　　　）＋社会（　　　）＝合計（　　　　）単位取得確認済み（最低25単位以上が必要）

→　　単位不足なし・あり

様式３－２

**社会活動単位証　添付用紙**

氏名

様式3-１の「社会活動一覧表」で記載した順番に、重ならないようにすべて添付してください。

コピーは原則不可。ただし原本の提出が不可の場合は、コピーした単位票又は出席証明書に原本の提出先を明記してください。無記名は不可。

貼付用紙が足りない場合は、用紙をコピーしてください。

**【追加申請用】**社会活動一覧表

様式３－３

佐賀糖尿病療養指導士認定番号：　　（　　　　　　）　－　（　　　　　　）　－　（　　　　　　）

氏名

提出期限：2020年11月1日～2021年1月10日（当日消印有効）

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | 社会活動の名称 | 開催年月日  初回更新は2018(H30)年1月～  再更新は2016(H28)年1月～  ※単位表に印字された表記で記入 | 単位 |
| 1 |  |  |  |
| 2 |  |  |  |
| 3 |  |  |  |
| 4 |  |  |  |
| 5 |  |  |  |
| 合計 |  |  | **単位** |

・単位数は、資料１の「糖尿病に関する学術集会、或いは社会活動の履修条件・単位計算について」に従って記載してください。

・開催年月日は、認定証に記載された期間（更新延期中の場合は、延期した年の12月末日まで）に属するものとします。

・合計の単位数を記載してください。（申請は最高30単位分まで）

【事務局記入欄】

□初回更新　　　　単位追加取得確認済み→　　　単位不足なし・あり

□再更新　　　　　単位追加取得確認済み→　　　単位不足なし・あり

様式３－４

**【追加申請用】社会活動単位証　添付用紙**

氏名

様式3-３の「社会活動一覧表」で記載した順番に、重ならないようにすべて添付してください。

コピーは原則不可。ただし原本の提出が不可の場合は、コピーした単位票又は出席証明書に原本の提出先を明記してください。無記名は不可。

貼付用紙が足りない場合は、用紙をコピーしてください。

ＣＤＥＬ取得後に指導した糖尿病患者一覧表

様式４

氏名

（各種糖尿病の10症例を記載し、このうち１症例を糖尿病患者に関する事例報告-様式5-に記載）

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| ＮＯ | カルテ  ＮＯ | 年齢 | 性別 | ＢＭＩ  （kg/㎡） | 罹病歴  （年） | 治療法  （ＤＯＩ） | HbA1C  （％） | 合併症  （病期） | 他の特徴 |
| １ |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| ２ |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| ３ |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| ４ |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| ５ |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| ６ |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| ７ |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| ８ |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| ９ |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| １０ |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

　　　　　　　　　D：Ｄiet　（食事療法）

　　　　　　　　　E：Exercise（運動療法）

　　　　　　　　　O：Ｏral　Ｈypoglycemic　Ａgents（経口血糖降下薬）

　　　　　　　　　I：Insulin（インスリン療法）

　　　　　　　　　Ｇ：GLP－１製剤

糖尿病患者に関する事例報告

氏名

様式５

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| １．患者の生活背景  （年齢・性別・家族背景・仕事・家庭内や地域での役割・病気や治療に対する思いと望み・ストレスの有無や程度・意思決定の能力・人生の中で大切にしていること・食事や運動の状況など） | | | | |
| ２．病気関連情報 | | | | |
| 発症時期：　　　　　年　　（　　　）才  罹病期間：　　　　　年  遺伝的背景：  DM学習歴（糖尿病教室等）：  自己血糖測定：　有　・　無 | | | | |
| 【検査値】 | | | | |
| 身長：（　　　　　）cm | 体重（　　　　　）kg | | | ＢＭＩ（　　　　　）kg/㎡ |
| ＨｂA1C（　　　　　）％ | 空腹時血糖（　　　　　）mg/dl | | |  |
| 網膜症：　有→病期（　　　　　　　　）　・　無 | | | 光凝固：　有　・　無 | |
| 神経障害：　有　・　無 | | | | |
| 自律神経障害：　有　・　無 | | | | |
| 他の異常：（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） | | | | |
| 腎症：（　　　　）期 | | Ｃr：（　　　）mg/dl | | ＢＵＮ：（　　　　　）mg/dl |
| 尿中微量Ａlb：（　　　　　）mg/g・Ｃｒ | | | 尿中蛋白：（　　　　　）g/g・Ｃｒ | |
| 動脈硬化：（心･脳･足・　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） | | | | |
| 総コレステロール：（　　　　　）mg/dl | | | LＤＬコレステロール：（　　　　　）mg/dl | |
| HＤＬコレステロール：（　　　　）mg/dl | | | 中性脂肪：（　　　　　）mg/dl | |
| ３．治療状況  【食事療法】　指示エネルギー（　　　　）kcal、 食塩　（　　　）ｇ、　たんぱく質　（　　　）ｇ  　　　　　　　その他 | | | | |
| 【運動療法】 | | | | |
| 【薬物療法】 | | | | |
|  | | | | |
|  | | | | |
| ４．療養生活上の課題 | | | | |
| ５．課題に対する患者の目標 | | | | |
| ６．指導計画と実際 | | | | |
| ７．患者目標に対する評価およびこの症例より学んだこと | | | | |

2020年度　佐賀糖尿病療養指導士認定更新延期申請書

佐賀県糖尿病療養指導士認定委員会殿

様式６

佐賀糖尿病療養指導士の認定更新について、下記の理由にて延期を致したく書類を添えて申請いたします。

|  |
| --- |
| 更新延期申請日　　西暦　　　　年　　　月　　　日 |
| 佐賀糖尿病療養指導士認定番号：　（　　　　　　）　－　（　　　　　　）　－　（　　　　　　） |
| ふりがな  氏名　　　　　　　　　　　　　　　　　　印　　　　署名もしくは記名押印  旧姓（認定後に改姓された方）： |
| 生年月日　　　　　年　　　月　　　日　　　　　　年齢　　　　歳 |
| 現住所　〒  Tel（どちらか選択　□自宅・□携帯）： |
| 職種： 　（免許証番号　　　　　　　　） |
| 勤務先    勤務先住所　〒  Tel： |
| 延期理由 |
| 【事務局記入欄】 |

※認定更新料の振り込みは不要です。

（資料１）**糖尿病に関する学術集会、或いは社会活動の履修条件・単位計算について**

佐賀糖尿病療養指導士会のホームページ(http://sagacde.gr.jp)で最新情報を確認してください。

【研修単位】

実質1時間1単位、半日（3時間以上）を3単位、1日以上（6時間以上）を5単位として認定する。

1）日本糖尿病学会の主催による年次学術集会 　　５単位

2）日本糖尿病学会の主催による｢糖尿病学の進歩｣ 　　５単位

3）日本糖尿病学会地方会の主催による学術集会 　　　　１日以上；５単位、半日未満；３単位

4）日本糖尿病協会の主催による年次総会における学術集会 　　５単位

5）日本糖尿病協会、同地方ブロック協議会及び同各県支部の主催による学術集会

１日以上；５単位、半日未満；３単位

6）日本糖尿病教育・看護学会、日本病態栄養学会の主催による年次総会 　　５単位

7）日本糖尿病療養指導士認定機構の主催する講演会 　　５単位

8）日本糖尿病療養指導士認定機構が「認定更新のための研修会」として認定する研修会

９）日糖協eラーニング（日本糖尿病協会）　１単位＝１時間（例：１コンテンツ15分の場合4コンテンツが相当）

10）上記に含まれない講演会や研修会は、１時間１単位とする。

単位が取得できる研修会については、佐賀糖尿病療養指導士会のホームページ(http://sagacde.gr.jp)で確認してください。

11）１）～10）研修会の講師・学会等で筆頭演者発表をされた方（研修会の案内・学会表紙及び抄録のコピー等必要）；　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　２単位追加

12）１）～11）以外で単位証が交付されていない学術集会や講演会、研修会で、佐賀県糖尿病療養指導士認定委員会が糖尿病の研修に役立つと認めたもの（プログラムのコピーを提出してください）  
　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　１日以上；５単位、半日；３単位

１）～８）は、WEB形式の開催でも参加証明書の発行があれば単位として認める。それ以外については、単位証（受講者氏名、開催日時、研修会の名称、発行元（メーカーとCDE会長の連名）の項目を必須とする）を受講者がWEB上で直接取得できる、もしくはメーカーから受講者に配布されることを条件とし単位を認める。（2020年7月現在）。

【社会活動】

１）日本糖尿病協会佐賀県支部が主催する健康アクション佐賀21糖尿病ウォークラリー、日本糖尿病協会の主催する社会活動（糖尿病週間行事、ウォークラリー、サマーキャンプ、ヤングカンファレンス等）の単位については、活動内容に応じて佐賀糖尿病療養指導士会が決定する  
２）日本糖尿病協会の分会活動（友の会活動）は2単位とする

３）1）～３）以外の社会活動の単位については、佐賀糖尿病療養指導士会で決定する

４）認定期間中の糖尿病療養指導士認定委員や糖尿病療養指導士会理事の活動の証明書をもって社会活動1単位/年に置き換えることができる。但し、初回更新１単位、その後は2単位以内とする。

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 社会活動 | 要　件 | 認定単位 |
| ウォークラリー | 総括担当者 | 5単位 |
| 当日参加に加え1回以上下見に参加 | 3単位 |
| 当日のみ参加 | 2単位 |
| 世界糖尿病デー | 総括担当者 | 5単位 |
| 当日参加に加え1回以上打合せに参加 | 3単位 |
| 当日のみ参加 | 2単位 |
| サマーキャンプ | 企画+全過程参加 | ５単位 |
| ２日以上参加、または１日のみ参加だが2回以上の学習会参加 | ３単位 |
| １日参加で１回以下の学習会参加 | ２単位 |
| 友の会活動  （佐賀県糖尿病協会活動） |  | 2単位 |
| 行政等からCDE会へ派遣依頼のあった地域活動 | 公募による勤務外の活動 | 2単位 |

（資料２）払い込み情報

ゆうちょ銀行に備え付けの払込み取扱票に下記を漏れなく記載の上、指定された認定更新料の払い込みをお願いします。

払込振替請求書兼受領書のコピーを認定更新申請書の裏面に貼付してください。

認定更新を延期申請する場合は、払い込み不要です。延期後に改めて更新申請する場合に払い込みが必要となります。

・払い込み口座：ゆうちょ銀行　　【口座番号】　 01750-0-127971

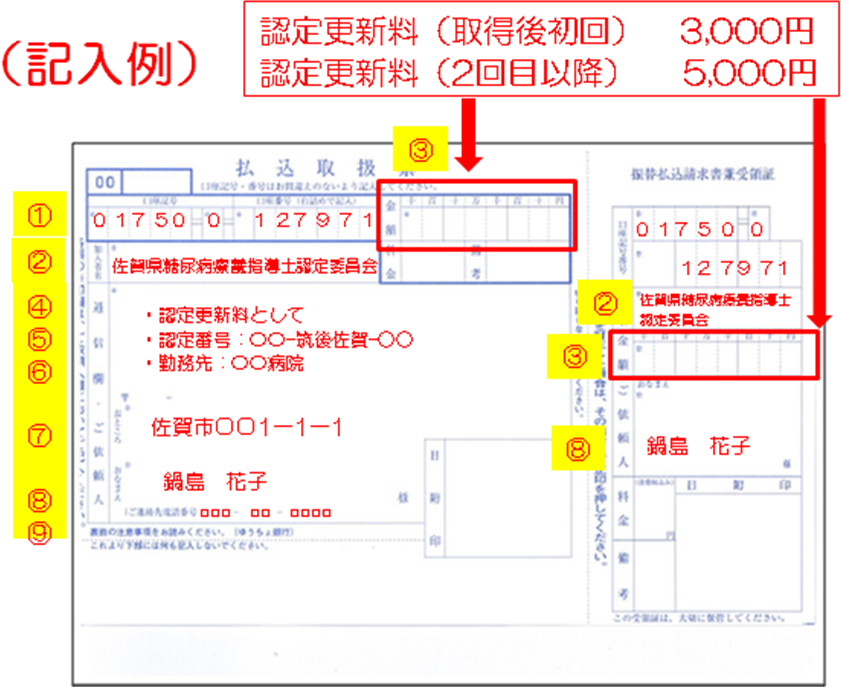
・加入者名：佐賀県糖尿病療養指導士認定委員会

・払い込み金額：3,000円（取得後初回更新）、5,000円（再更新）

　　払い込み手数料は申請者負担

・通信欄に記入すべき事項

* 「認定更新料」
* 申請者の氏名
* 申請者の勤務先
* 申請者の佐賀糖尿病療養指導士認定番号
* 申請者の勤務先住所もしくは自宅住所



**※お支払いいただきました更新料につきましては、お返しできません。**   
※振込に際し、領収書は発行いたしません。

※手数料は、申請者負担です。