**研修単位認定申請書**

佐賀県糖尿病療養指導士認定委員会長　様

佐賀糖尿病療養指導士会長　 様

申 請 日：令和　　　年　　　月　　　日

申請者氏名：

申請者所属：

担当者名：

担当者連絡先：

下記のとおり研修単位の認定を申請いたします。

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 必須 | 研修会名第〇回、令和〇年度も含めて記載 |  |
| 必須 | 主催団体・共催団体 |  |
| 必須 | 開催日 | **西暦　　　　　年　　　月　　　日** |
| 必須 | 実質研修時間 | **時間　　　　分****（挨拶・休憩・製品紹介等の時間は除く）** |
| 必須 | 過去の申請有無 | □新規申請□過去に研修単位の認定をうけた催物 |
| 必須 | CDEJ認定更新のための研修会の申請 | □現在申請中→認定された場合、事務局にもお知らせください□申請なし |
| 必須 | 講演の形式 | □ＷＥＢ　　　　□集会（会場名：　　　　　　　　　　）　　　　□その他（　　　　　　　　　　　　　） |
|  | 主な対象職種 |  |
|  | 参加申込み | * 要 　　　　　　　□ 不要
 |
|  | 参加費 | * 有料（　　　　　　　円）　　　　　□無料
 |
|  | その他特記事項 |  |
|  |  |  |
|  | 単位認定証の必要枚数（集会形式のみ） | （　　　　　　　　）枚（予備を含む） |
|  | 単位認定証の受取・返却 | 受取日時（　　月　　日）　受領者氏名（　　　　　　　　）返却予定日（　　月　　日） |

※佐賀糖尿病療養指導士会のホームページで単位認定基準の注意事項等をご確認の上、申請書枠内を記入してください。

**※プログラムを必ず添付してください。**

**※ＷＥＢ形式の場合、主催者名で参加証明書を発行してください。**

※実施後、下記事務局へ「実施報告書」の提出と単位認定証の余りを返却してください。

**■提出先（メール添付可）：佐賀糖尿病療養指導士会事務局（佐賀大学医学部看護学科棟４階）**

**tel/fax 0952-34-2546**

**認定研修会実施報告書**

令和　　 年　　月　　日

佐賀県糖尿病療養指導士認定委員会長　様

佐賀糖尿病療養指導士会長　 様

報告者名：

所属：

連絡先：

下記のとおり研修会を実施しましたので報告いたします。

（集会形式の研修会の場合、参加者リストの写しを添付。）

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **研修会名** | **開催日** | **参加総数** |
|  |  | 名 |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **「単位認定証」作成枚数※** | **配布枚数** | **返却枚数※** |
| **枚** | 枚 | 枚 |

※当会が発行した「単位認定証」の場合のみ記載

|  |  |
| --- | --- |
| 参加リスト | 残返却 |
|  |  |