受講料補助申請書

申請日　西暦　　　　　年　　月　　日

佐賀糖尿病療養指導士会 会長　様

下記のとおり講習会を受講したので受講料の一部補助を申請します。

 ■受講した講習会について

|  |  |
| --- | --- |
| 講習名 | □糖尿病療養指導カードシステム講習会□糖尿病カンバセーション・マップトレーニング |
| 会　場 |  |
| 受講日 | 西暦　　　年　　　月　　　日 |
| 受講料 | 円 |

 ■申請者

|  |  |
| --- | --- |
| ＣＤＥ認定番号 | （　　　　　　）－筑後・佐賀－（　　　　　）（　　　　　　）－　佐賀（　　　　　）－（　　　　　） |
| 氏　名 |  |
| 職　種 | 医師、歯科医師、薬剤師、保健師、看護師（准看護師）、管理栄養士（栄養士）、臨床検査技師、理学療法士、健康運動指導士その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） |
| 勤務先 |  |
| 連絡先 | 携帯；　　　　　　　　　　　　　勤務先； |

* **補助申請は、一人につき1回限り。参加証（写し可）を添付すること。**

 ■補助金の受け取り方法；次回の佐賀CDE総会時に現金を受領する

**領　収　証**

佐賀糖尿病療養指導士会

会長　小 野 原　潤　様

年　　　月　　　日

**金　　２，０００　　　円**

但し □糖尿病療養指導カードシステム講習会

　□糖尿病カンバセーション・マップトレーニング　　　受講料の一部補助金として

上記正に領収いたしました

（本人自署）

**領　収　証（本人控え）**

佐賀糖尿病療養指導士会

会長　小 野 原　潤　様

年　　　月　　　日

**金　　２，０００　　　円**

但し □糖尿病療養指導カードシステム講習会

　□糖尿病カンバセーション・マップトレーニング　　　受講料の一部補助金として

上記正に領収いたしました

（氏名）