

「CDE 岐阜」認定試験 受験願書

岐阜県 CDE ネットワーク 御中

申請日 (西暦) 20 年 月 日

<p>フリガナ 申請者氏名</p>		<p>岐阜県 CDE ネットワーク会員番号 _____</p> <p>生年月日 (西暦) 年 月 日</p>
<p>受験会場</p>	<p><input type="checkbox"/> 岐 阜      ・      <input type="checkbox"/> 飛 騨</p>	
<p>受験関係書類 送付先 (受験票・合否連絡など)</p> <p>※送付先が勤務先の場合は、 施設名・所属部署などを 明記のこと</p>	<p>〒      ー</p> <p>TEL(      )      ー      FAX(      )      ー</p> <p>* 平日・日中の連絡先 (上記以外で可能ならば記入)</p> <p>TEL(      )      ー      FAX(      )      ー</p> <p>携帯 TEL (      )      ー</p>	
<p>提出書類</p> <p>※確認後口に チェック</p>	<p><input type="checkbox"/> ① 「CDE 岐阜」認定試験 受験願書 (所定の書式による)</p> <p><input type="checkbox"/> ② 取得単位一覧表 (所定の書式による、受講証明書添付)</p> <p><input type="checkbox"/> ③ 糖尿病医療に関わる業務の従事証明書 (所定の書式による)</p> <p><input type="checkbox"/> ④ 履歴書 (所定の書式による)</p> <p><input type="checkbox"/> ⑤ 写真票・受験票 (所定の書式による)</p> <p><input type="checkbox"/> ⑥ 各医療職の免許証または登録証のコピー</p> <p><input type="checkbox"/> ⑦ 受験料 (5,000 円) 振込み領収書コピー</p>	

※事務局記入欄

※岐阜県 CDE ネットワーク  
受付番号



「CDE 岐阜」認定試験 受験用

糖尿病医療に関わる業務の従事証明書

岐阜県 CDE ネットワーク 御中

申請者： \_\_\_\_\_

業務従事期間（\*合算で3年以上になるよう過去の職歴も記入のこと。）

(西暦)            年    月 ～            年    月 (約            年)  
業務従事施設

(西暦)            年    月 ～            年    月 (約            年)  
業務従事施設

(西暦)            年    月 ～            年    月 (約            年)  
業務従事施設

現在、当機関に上記の者は所属し、糖尿病医療に従事していることを証明します。

(西暦) 20    年    月    日

所属機関名： \_\_\_\_\_

証明者氏名： \_\_\_\_\_



# 写 真 票

受 験 番 号	※
岐 阜 県 C D E ネ ッ ト ワ ー ク 会 員 番 号	
フ リ ガ ナ	
氏 名	

写真貼り付け欄

正面半身脱帽  
(3 か月以内)  
縦 4 cm × 横 3 cm

※欄は記入しないこと

第 11 回

「CDE 岐阜」認定試験

# 受 験 票

受 験 番 号	※
岐 阜 県 C D E ネ ッ ト ワ ー ク 会 員 番 号	
フ リ ガ ナ	
氏 名	
生 年 月 日 ( 西 暦 )	年 月 日生

注意

・この受験票は受験の時必ず机の上に置くこと。

※事務局記入欄

岐阜・飛驒

※欄は記入しないこと