

「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

フリガナ 申請者氏名		岐阜県 CDE ネットワーク会員番号 _____ 生年月日 (西暦) 年 月 日
受験会場	岐 阜	
受験関係書類 送付先 (受験票・合否連絡など) ※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	〒 _____ TEL() _____ FAX() _____ * 平日・日中の連絡先 (上記以外で可能ならば記入) TEL() _____ FAX() _____ 携帯 TEL () _____	
提出書類 ※確認後口に チェック	☐ ① 「CDE 岐阜」認定試験 受験願書 (所定の書式による) ☐ ② 取得単位一覧表 (所定の書式による、受講証明書添付) ☐ 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) ☐ ④ 履歴書 (所定の書式による) ☐ ⑤ 写真票・受験票 (所定の書式による) ☐ ⑥ 各医療職の免許証または登録証のコピー ☐ ⑦ 受験料 (5,000 円) 振込み領収書コピー	

※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

取得単位一覧表

申 請 日	(西暦)20 年 月 日	氏 名	
岐阜県CDEネットワーク 会員番号			

No	研修会・講習会名	単位数
☐	DM Ensemble 定期購読中または申込済みの方(□にチェック) *購読料振込領収書がある場合は添付してください。	5
単 位 数 合 計		

※ この用紙の裏面に、一覧表のNo順に、それぞれの研修会の受講証明書や参加証などを添付してください。

「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：_____

「CDE 岐阜」認定試験 受験用

履 歴 書

(西暦) 20 年 月 日 現在

ふりがな 氏 名		男 女	生年月日 (西暦) 年 月 日生
現 住 所	〒		TEL : () — FAX : () —
勤 務 先 名			
勤務先所在地	〒		TEL : () — FAX : () —
職種 (主たるもの 1 つに○)	1. 管理栄養士 2. 栄養士 3. 看護師 4. 准看護師 5. 検査技師 6. 薬剤師 (病院勤務・調剤薬局勤務) 7. 理学療法士 8. 介護福祉士 9. 歯科衛生士 10. 保健師 11. その他 ()		
日本糖尿病協会 加入状況 (該当項目に○)	①本部会員である ②県内の友の会の会員である		
主な学歴 :			
西暦 年 月			
西暦 年 月			
西暦 年 月			
西暦 年 月			
西暦 年 月			
西暦 年 月			
主な職歴 :			
西暦 年 月			
西暦 年 月			
西暦 年 月			
西暦 年 月			
西暦 年 月			
西暦 年 月			

受付番号 :

第 13 回

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 13 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

※欄は記入しないこと