

平成30年度京都府糖尿病対策推進講習会

参加申込書

(京都府医師会地域医療3課：FAX 075-354-6097)

ふりがな		連絡先	TEL
氏名			FAX
所属			
住所	〒 _____		
参加希望日 (希望日に○)	<input type="checkbox"/> 2月11日(月・祝) (市内：京都府医師会館) ⇒ <u>申込〆切 1月25日(金)</u> <input type="checkbox"/> 2月23日(土) (南部：けいはんなプラザ(精華町)) ⇒ <u>申込〆切 2月08日(金)</u> <input type="checkbox"/> 3月17日(日) (北部：宮津シーサイドマートミップル(宮津市)) ⇒ <u>申込〆切 3月01日(金)</u>		
職種	医師 看護師 薬剤師 (管理)栄養士 歯科医師 歯科衛生士 保健師、臨床検査技師 介護支援専門員 理学療法士 作業療法士 言語聴覚士、その他 ()		
京都府糖尿病療養指導士 認定番号			
日本糖尿病療養指導士 認定番号			

※糖尿病療養指導士をお持ちの方は、認定証の番号をご記入ください。未記入の場合受付にてお伺いいたします。

- ◆ 定員により参加不可の場合はFAXにてご連絡いたします。
- ◆ 京都府医師会館へは、公共交通機関にてお越しください。