

この申込書は郵送でのみ受付（FAX不可）

〒030-0822

青森市中央三丁目20-30 県民福祉プラザ3階 公益社団法人青森県看護協会 教育研修課 へ郵送してください。

## 令和2年度 糖尿病重症化予防（フットケア） 研修会受講申込書

ふりがな	年齢 歳			性別 男 女				
氏名	県会員No.							
所属施設	日本糖尿病療養指導士 有 ・ 無							
所属部署 (主な診療科)	職位			職名 1.保健師 2.助産師 3.看護師				
〒 所属先住所								
TEL			FAX					
糖尿病足病変患者の看護に従事した経歴（5年以上の経験があること）						合計 年 月		
西暦	年	月	～	年	月			(計 年 月)
西暦	年	月	～	年	月			(計 年 月)
西暦	年	月	～	年	月			(計 年 月)
西暦	年	月	～	年	月			(計 年 月)
西暦	年	月	～	年	月			(計 年 月)
<p align="center"><b>推薦書</b>（院長または看護部門の長が記入してください）</p> <p>上記のものは、糖尿病合併症管理料算定のための業務に従事させるため、研修の受講者として推薦します。</p> <p>令和2年 月 日</p> <p>公益社団法人青森県看護協会 会長 殿</p> <p align="right">施設名 _____</p> <p align="right">推薦者氏名 _____ 印 職位 _____</p>								
貴施設の「糖尿病合併症管理料」算定の有無				1.算定済      2.研修後算定予定      3.算定未				

※2日間のプログラムを遅刻早退なくすべて受講された場合、青森県看護協会長名で**修了証**を発行します。  
 個人情報の取り扱い：本研修申込書で得た個人情報は、研修会に伴う書類作成・発送に用い、この利用目的の範囲を超えて取り扱うことはありません。

（問合せ先：青森県看護協会 教育研修課 TEL：017-723-4579）