

年 月 日

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）					
西暦 年 月～ 年 月（計 年 ケ月）					
西暦 年 月～ 年 月（計 年 ケ月）	合計	年	ケ月		
西暦 年 月～ 年 月（計 年 ケ月）					
西暦 年 月～ 年 月（計 年 ケ月）					
西暦 年 月～ 年 月（計 年 ケ月）					

推薦書（院長または看護部門の長が記入してください）

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。

令和2年 月 日

公益社団法人青森県看護協会 会長 殿

施設名

推薦者氏名

印 職位

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)