「とやまＣＤＥ資格取得のための講習会」
受　講　申　込　書

※太線内の全ての項目をご記入ください

申込年月日	西暦　　年　　月　　日			
（ふりがな） 氏　　名	（　　）	生年月日	西暦 年　　月　　日	
		性別	男 ・ 女	年齢　講習会開始時
認定資格あるいは職種 ※該当の番号を○で囲んで下さい	１．医師　２．歯科医師　３．薬剤師　４．保健師 ５．助産師　６．看護師　７．准看護師　８．管理栄養士 ９．栄養士　１０．臨床検査技師　１１．理学療法士　１２．臨床心理士 １３．作業療法士　１４．介護福祉士　１５．社会福祉士　１６．言語聴覚士 １７．歯科衛生士　１８．健康運動指導士　１９．視能訓練士　２０．臨床工学技師 ２１．ケアマネージャー　２２．ソーシャルワーカー ２３．その他、医療・介護等に関する認定資格（　　） ２４．その他、医療・介護等に関する業務への従事※（　　） ※当機構の承認が必要になります。			
糖尿病患者の療養の従事歴 ※必ずご記入下さい	施設名：　　従事年数： CDEJ の資格：有 ・ 無 ・ 失効後＿＿年			
勤務先施設名				
勤務先住所 ※郵便番号・TELも必ずご記入下さい	〒　　－ TEL：　（　　）　　FAX：　（　　）			
自宅住所 ※郵便番号・TELも必ずご記入下さい	〒　　－ TEL：　（　　）　　FAX：　（　　）			
携帯電話番号				
メールアドレス ※必ずご記入下さい				
日中、連絡可能な電話番号	TEL：　（　　）　（勤務先・自宅・携帯）どれかを○で囲んで下さい			
紹介者あるいは推薦医師	該当者がいる場合のみ記入（いなくても受講は可能です） 施設名：　　氏名：　　先生			

※申込お記載していただいた個人情報は、事務局において適切に管理し、とやまＣＤＥ認定の目的以外で使用しないことをお約束いたします。
※すべての項目に漏れなく記入をお願いします。「糖尿病患者の療養の従事歴」項目については「施設名・従事年数・CDEJの資格」の記入もお願いします。
※事務局よりメール連絡することがあります。メールアドレス（パソコンあるいは携帯）を必ずご記入ください。下の文字表記を参考に記入願います。英大文字には上に○を記載してください。受信拒否設定をされている方は、事務局メール（tymcde-office@umin.ac.jp）が受信できるよう設定変更をお願いします。

文字表記(数字Ø123456789, 英小文字abcdefghijklmnopqrstuvwxyz, 英大文字ABCDEFGHIJKLMNOPQRSTUVWXYZ)

※受講の可否につきましては、郵送にてご連絡いたします。受講決定通知に記載された期日までに、指定の口座に受講料を振り込んで下さい（振込手数料は受講者負担でお願い致します）。

受付：2026年4月20日～5月17日

申し込み先：〒930-0194　富山県富山市杉谷2630番地　富山大学杉谷キャンパス
特定非営利活動法人とやまＣＤＥネットワーク事務局
FAX：076-434-5025