**一般社団法人　臨床糖尿病支援ネットワーク**

**認定更新申請書　　　　　　　年　　月　　日**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | **印** | |
| **職種** |  | |
| **認定番号** |  | **（西東京糖尿病療養指導士認定番号をご記入下さい）** |
| **会員番号** |  | **（臨床糖尿病支援ネットワーク会員番号をご記入下さい** |
| **勤務先** |  | |
| **勤務先住所** | **〒** | |
| **自宅住所** | **〒** | |
| **勤務先電話** |  | |
| **自宅電話** |  | |
| **取得単位数** |  | |

**・下記の書類を同封の上、認定更新のための申請をいたします。**

**□小論文または教育記録**

**□糖尿病療養指導に従事した証明書**

**□糖尿病指導経験　自己申告書　（糖尿病療養指導に従事した証明書が得られない場合のみ）**

**□研究会事業　活動経歴書（該当する場合のみ申請可）**

**・現在の単位が50単位に満たない場合でも3月末までに取得見込みであれば申請は可能**