**一般社団法人　臨床糖尿病支援ネットワーク**

**認定期間延長申請書**

**年　　月　　日**

|  |  |
| --- | --- |
|  | **印** |
| **職種** | **認定番号（　L　　　　　　）** |
| **延長理由** |  |
| **休職期間** | **年　 月 日より　 　年 月 日まで** |
| **勤務先名** |  |
| **勤務先住所** | **〒** |
| **自宅住所** | **〒** |
| **勤務先電話** |  |
| **自宅電話** |  |

**上記理由により認定更新が不可能であるため認定期間の延長を申請いたします。**

**※出産・育児を理由とする場合は2年間、それ以外は原則1年間の延長となります。**

**※必ず延長理由を証明する書類を添付のうえ申請してください。**