

## 埼玉県糖尿病療養指導士(埼玉県糖尿病相談員) 登録情報変更申請書

下記の通り、埼玉県糖尿病相談員(CDEL埼玉) 登録情報の変更を申請致します。

認定番号:	
(ふりがな) 氏名	( ) 旧制( )
生年月日	西暦 年 月 日 (満 歳)
職種	
自宅住所	〒
自宅電話番号/携帯番号	自宅 携帯
自宅FAX番号	
電子メールアドレス	
勤務先施設名	
勤務先住所	〒
勤務先電話番号	
勤務先FAX番号	
資料送付先住所	自宅 勤務先 どちらかに○をお付けください。

\*記入漏れの無いよう、楷書でお記入ください。

提出先(郵送若しくはFAXにてご返送ください。)

〒330-8503

埼玉県さいたま市大宮区天沼町1-847

自治医科大学附属さいたま医療センター内

埼玉県糖尿病協会 事務局

[TEL:048-681-0526](tel:048-681-0526) [FAX:048-681-0527](tel:048-681-0527)

(毎週金曜10:00-13:00)

080-2382-4630 事務局携帯