

茨城県糖尿病登録医申請書

(更新用)

茨城県医師会長 殿

茨城県糖尿病登録医 (~~新規~~・更新) として、受講参加証添えて申請いたします。

申請日：平成 年 月 日

氏名	
所属郡市医師会名	
医療機関名	
住所 (医療機関)	
TEL (医療機関)	
FAX (医療機関)	
E-mail	
ホームページでの情報掲載 (氏名、医療機関名、連絡先)	承諾 拒否 *いずれかに○を付けてください

- 1) 申請日は更新研修4単位すべての受講が修了した日をご記載してください。
- 2) 太枠内がホームページ掲載項目となります。(メールアドレスは掲載しません。)

*裏面に受講参加証を必ず添付してください。

【申請および問合せ先】

茨城県医師会事務局

〒310-0852 水戸市笠原町489

TEL : 029-241-8446 FAX : 029-243-5071

* 「更新研修会」受講参加証を貼ってください。

* 「更新研修会」受講参加証を貼ってください。

* 「更新研修会」受講参加証を貼ってください。

* 「更新研修会」受講参加証を貼ってください。

***更新に際しましては、認定期間内に4単位以上が必要となります。**