

平成28年度 宮崎地域糖尿病療養指導士（CDEL） 認定試験のための講習会のお知らせ

宮崎地域糖尿病療養指導士認定試験のための講習会を開催致します。講習会日程・申し込み手続き等詳細は下記の通りです。

◆講習会日時（全4回）

- ① 2016年 8月28日（日） 10:00～16:10（休憩あり）
- ② 2016年 9月11日（日） 10:00～16:10（休憩あり）
- ③ 2016年10月23日（日） 10:00～16:10（休憩あり）
- ④ 2016年12月 4日（日） 10:00～16:10（休憩あり）

◆認定試験日時（全4回講習会を受講した者のみ受験可能）

2017年 1月29日（日） 10:00～11:30（90分・60問）

◆講習会・認定試験会場

宮崎市保健所【宮崎市宮崎駅東1丁目6番地2 ☎代表(0985)29-4111】

※駐車場ありますが、台数に限りがあります。なるべく乗り合わせてお越し下さい。

◆認定試験のための講習会受講資格

- ① 宮崎県糖尿病協会の会員であること。（講習会を受講する前に必ず入会手続きをして下さい。会費あり）
- ② 医師・歯科医師・看護師・保健師・助産師・准看護師・管理栄養士・栄養士・薬剤師・臨床検査技師・理学療法士・作業療法士・健康運動指導士・言語聴覚士・介護福祉士・社会福祉士・歯科衛生士 等
- ③ 医療スタッフ及び介護スタッフとして実務経験2年以上
- ④ 所属長の推薦のあること

◆募集定員

80名（定員に達した時点で申込受付を締め切ります）

◆受講料・受験料

講習会1回につき 2000円（講習受付時徴収） 受験料 2000円（当日受付時徴収）

◆必要書類等（様式は認定機構ホームページよりダウンロードして下さい）

- ① 宮崎県糖尿病協会（宮崎 CDEL はまゆう会）入会申込書・・・（様式1）
※すでに施設にて、「はまゆう会」に入会されている方は提出の必要はありません
- ② 認定試験のための講習会受講申込書・・・（様式2）
- ③ 施設長推薦書・・・（様式3）※施設名・施設長名座版印可、できるだけ施設印でお願いします
※受講者ご本人が施設長の場合でも必要です
- ④ 各職種免許証または登録証（複写）※A4サイズに縮小拡大をお願いします
- ⑤ 受領書返信用封筒（A4サイズ）※250円切手貼付・受講者本人の自宅住所・氏名を記入したもの
（注）必要書類は、全て手書きにてお願いします

◆書類申込受付期日

2016年7月1日(水)～2016年7月15日(金) 必着

※定員に達した時点で、期日内であっても申込受付を締め切ります(ホームページにて案内します)。

◆書類送付先

〒880-0034 宮崎市矢の先町150-1 平和台病院1階 宮崎県糖尿病協会内

宮崎地域糖尿病療養指導士認定機構 宛

※申請書類は折曲厳禁です。A4サイズの封筒で郵送下さい。

◆講習会テキスト

日本糖尿病療養指導士認定機構「糖尿病療養指導ガイドブック2016」定価2800円(税別)

※5月に発売予定です。必ず事前に各自ご購入下さい(講義は全てテキストで行います)。

【主な購入先】

株式会社 メディカルビュー社(インターネットにて販売しています)、Amazon、書店 等

◆講習会カリキュラム

認定機構ホームページにて掲載しております。各自ご確認下さい。

宮崎地域糖尿病療養指導士認定試験のための講習会

共催：宮崎地域糖尿病療養指導士認定機構・宮崎市保健所

【問い合わせ先】

〒880-0034

宮崎市矢の先町150-1 平和台病院1階 宮崎県糖尿病協会内

宮崎地域糖尿病療養指導士認定機構

TEL・FAX：(0985) 22-8015

携帯：(080)8377-0730

E-MAIL：cdel_miyazaki@yahoo.co.jp

ホームページ：http://miyazaki-cdel.com

Facebook ページ：https://www.facebook.com/miyazakicdel

※勤務されている施設に友の会がないスタッフのみ、ご提出下さい。

【様式 1】

宮崎CDELはまゆう会 入会申込書

申込日：(西暦) 2016年 月 日

ふりがな

◆ 氏 名

◆ 自 宅

・住 所 〒

・電話番号

◆ 勤務先

・施設名

・住 所 〒

・電話番号

◆ 書類送付先 勤務先 or 自宅 (どちらかに○をつけて下さい)

※宮崎CDELはまゆう会の年会費は4,320円となります。
後日、請求書をお送りさせていただきます。

【連絡先】 〒880-0034 宮崎県宮崎市矢の先町150-1 平和台病院 1階

TEL・FAX (0985) 22-8015 携帯 (080) 8377-0730

宮崎CDELはまゆう会事務局 担当：穂寄

【様式2】

平成28年度 宮崎地域糖尿病療養指導士認定試験のための講習会 受講申込書

申込日：(西暦) 年 月 日

※申込日・枠内、漏れのないようにご記入下さい。

ふりがな 氏名		性別 男・女
生年月日	(西暦) (歳)	職種
自宅住所	〒 TEL 携帯	
勤務先名称		
勤務先住所	〒 TEL	
最終学歴・職歴		
年月	学歴・職歴	
	(最終学歴) を卒業	
	(職歴)	
書類送付先	自宅 ・ 勤務先	
友の会所属先	_____ はまゆう会 (手続き中・入会している) ・ 本部会員	

【注意事項】

- ①講習会4回全て受講して受験可能となります。
- ②申し込み多数の場合は先着順とさせていただきます。
- ③友の会には必ずご入会下さい。
- ④申込書は空欄のないようご記入下さい。

推 薦 状

下記の者を、宮崎地域糖尿病療養指導士認定機構 認定試験のための講習会の受講者として推薦致します。

職種

氏名

(西暦) 年 月 日

施設名

施設長

印
