



日本糖尿病協会 療養指導医取得のための講習会 登録歯科医のための講習会

受講票

学会・講習会名	令和2年度 医療連携講演会
主催者名	一般社団法人 愛知県歯科医師会
開催年月日	令和3年2月7日
開催場所	Web ライブ配信



(受講者記入欄)

氏名	松岡 浩司
所属医療機関	松岡歯科クリニック
連絡先 (住所・TEL)	
登録医証番号	

(注意事項)

主催者

- 学会・研修会名、主催者名、開催年月日、場所を事前にご記入の上、参加者にお渡しください。
- 主催者(共催の場合はいずれか一つ)の押印をお願いします。団体印がない場合は「印」の箇所に「公印省略」と記載して下さい。

受講者

- 主催者から受講票を受領したら、氏名、所属医療機関、連絡先、登録医証番号を記入し、更新時までお手元にて保管してください。
- (歯科)更新時に、5年間に受領した受講票を申請用紙に添付して事務局にお送りください。
(医科)更新時に、「日本糖尿病協会療養指導医」への昇格を希望する場合は、2年間に受領した受講票を申請用紙に添付して事務局にお送りください。

(公社)日本糖尿病協会 事務局東京都千代田区麹町 2-2-4 8F TEL : 03-3514-1721