

2024年3月吉日

関係各位殿

## 筑豊糖尿病療養指導士研修会受講者募集のご案内

拝啓

早春の候、皆様方におかれましては益々ご健勝のこととお慶び申し上げます。

さて、この度、第25回筑豊糖尿病療養指導士研修会を行うこととなりました。本研修会は筑豊地区の糖尿病患者教育および糖尿病患者のQOLの向上を目指すものであります。本研修会は筑豊糖尿病療養指導士の認定を希望される方には必須の研修会です。

研修内容は糖尿病診療に必要な項目をほとんど網羅した充実したものになっています。糖尿病患者教育に従事したいとお考えの方は是非、ご応募下さいますようご案内申し上げます。受講希望者が定員を超えた場合は、一定の基準のもとに委員会の方で人選致しますので、その旨ご理解いただきたいと存じます。本年度もオンラインでの研修会となります。

なお、受講資格はすでに日本糖尿病協会会員（患者会入会）である方に限られますのでご注意ください。

末筆となりましたが、皆様方の今後のご活躍をお祈り申し上げます。

敬具

筑豊糖尿病療養指導士認定委員会

会長 迫 康博

## ■研修会受講資格

受講希望者は筑豊地区（飯塚市、田川市、直方市、嘉麻市、田川郡、鞍手郡）在勤の方で次の各項を満たしている者。

- 1) 医療、介護に携わっているもの。
- 2) 日本糖尿病協会会員(患者会入会)である者。

## ■研修会受講申込要項

下記の書類を揃えて期日までに申込先へ送付してください。

- 1) 筑豊糖尿病療養指導士研修会受講申込書（履歴、施設長の推薦状含む）\*1
- 2) 日本糖尿病協会会員の証明書（患者会入会の証明書）
- 3) 医療、介護に携わる者としての免許証写し
- 4) 返信用葉書 1 枚 \*3

### 【注意事項】

#### \*1 受講申込書

- ・ 所定の事項を記入してください。
- ・ 鉛筆以外の黒または青の筆記具で記入してください。
- ・ 申込書の記入漏れや、申込期限に間に合わない場合は受講できなくなりますのでお気を付けてください。

#### \*3 返信用葉書には、表側に受講申込者の郵便番号・住所・氏名の送付先を記入してください。

裏側は白紙のままをお願いします。（研修会受講の可否をお知らせするためのものです）

#### \* その他

今回の第 25 回筑豊糖尿病療養指導士研修会は、定員を制限致しますので、定員を超えた場合は誠に申し訳ありませんが、施設毎に人数を調整させていただきます。

その旨は決定次第直ちにお知らせ致します。

## ■会場及び日時

オンライン会場：済生会飯塚嘉穂病院 2F 講義室

日時：2024 年 8 月 8 日(土)、6 月 22 日(土)、7 月 6 日(土)、7 月 20 日(土)

8 月 3 日(土)、8 月 17 日(土) の計 6 回

14 時～18 時 30 分の予定

試験：2024 年 9 月 1 日(日)

## ■申込先

〒820-0076 飯塚市太郎丸 265

済生会飯塚嘉穂病院 有田 好之宛

（封筒に応募書類在中と赤文字で記入してください）

## ■問い合わせ先

TEL 0948-22-3740 済生会飯塚嘉穂病院 龍野 敦子（たつの あつこ）

## ■申込方法

必要書類および住所・氏名を記入した返信用のはがき同封して申し込み下さい。

**4月17日（水）必着**

## ■参加費用および支払方法

返信用葉書で研修会の受講が可能であることを確認。

研修会受講費用：12,000 円

支払い方法：銀行振り込み

振り込み先：福岡銀行 天道支店

普通 口座番号 1 2 6 0 2 2 6 筑豊糖尿病療養指導士の会 会長 迫 康博

受講前に振り込みをお願いします。

# 第 25 回筑豊糖尿病療養指導士研修会受講申込書

ふりがな 氏 名	男 ・ 女  印
生年月日  年 月 日生 (満 歳)	職 業
ふりがな 現住所 〒 (      -      )	TEL (      )
ふりがな 勤務先	
ふりがな 勤務先住所 〒 (      -      )	TEL (      )

## 推 薦 書

上記の者を、筑豊糖尿病療養指導士研修会の受講者として、推薦いたします。

年 月 日

施設名

施設長

印

職 歴

年	月	職 歴

\*所属患者会名 ( ) 会

免許・資格

職 種	取 得 年 月 日