

患者指導担当者としての経験

施設名	年

免許・資格（医療関係）

職種	番号	取得年月日

糖尿病関連の資格（慢性疾患看護専門看護師、糖尿病看護認定看護師、CDEJ など）

資格の種類	取得日	認定番号

講義内容へのリクエストと遭遇した教育困難例についてご記入下さい。

日本糖尿病協会への加入の有無（有の場合は本部会員番号又は分会名を記載してください）

有 本部会員・番号

（ ）分会

無