

FAX	03 - 3840 - 0202
-----	------------------

認定資料請求書

平成 年 月 日

特定非営利活動法人 ADMS (アダムス) 御中

◆ 以下の通り、ADMS認定資料を請求します。

① 希望資格名 (○印)	1 糖尿病療養指導士 2 ADMS指導医		
② 請求者氏名	(フリガナ)		
③ 職 種			
④ 勤 務 先	名 称		
	部 署 名		役職名
	所 在 地	〒	
	代表者氏名		
⑤ 自 宅	〒		
⑥ 希望送付先 (○印)	1 勤務先 2 自宅	電話番号	
⑥ 通 信 欄	★ADMS「生活習慣病指導員」の認定を受講された方は、受講日をご記入ください。		

web

〈事務局記入欄〉

受付日	受付番号	資料送付日	受講申込日
年 月 日		年 月 日	年 月 日