**糖尿病療養指導士兵庫（CDE兵庫）　認定更新　辞退申請書**

糖尿病療養指導士兵庫県連合会 御中

私は下記の理由により、「糖尿病療養指導士兵庫（CDE兵庫）の認定更新規定」に基づき、認定更新の辞退を申請します

申請日　20　　年　　月　　日

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| CDE兵庫認定番号（5桁） |  |  |  |  |  |
| ふりがな |  | 生年月日(西暦)年　　　月　　日生 |
| 氏名 |  |
| 勤務先 | 記載不要 |
| 所属部署 | 記載不要 | 職種 |  |
| 勤務先住所 | 記載不要 | TEL：　　　　記載不要FAX： |
| 自宅住所 | 記載不要 | 自宅TEL（携帯でも可） |
| メールアドレス |  |
| ＊連絡を希望される方に○をつけてください　（　　自宅　　・　　勤務先　　）＊メールアドレスは、必ず1週間以内に確認が出来るアドレスを記載して下さい |
| 認定更新辞退を申請する理由 |
| ① 認定更新が不可能となった事情（該当する項目に○）　　出産、育児、介護休暇　　・　　病気などによる休職　　・　　異動、進学　国内外留学、長期出張　　・　　離職中　　　　　　　　・　　単位数の不足　　その他（　具体的に　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） |
| ② ①の説明（具体的な内容・事情のあった期間など） |