別記様式４

山口県心腎代謝（CKM）診療医認定講習承認申請書

令和　　年　　月　　日

山口県健康福祉部健康増進課長　様

（CKD診療連携体制部会長　様）

山口県心腎代謝（CKM）診療医認定制度実施要綱に規定する講習の承認を受けたいので、下記のとおり申請します。

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 申請者法人団体名称 |  　　　　　　　　　　  | 代表者氏名 | 　 |
| 所在地 | 〒**-**　　　　  |
| 事業所名称 | 　 | 事業所代表者氏名 |  |
| 事業所所在地 | 〒**-** |
| 申請区分 | 心腎代謝（CKM）診療医認定講習 |
| 承認を希望する講習の名称 |  |
| 講習実施年月日 |  |
| 担当者 | 氏名 | 　 |
| 電話番号 | 　 |
| メール | 　 |

１　「承認を希望する講習の名称」欄は、承認を希望する講習が複数ある場合には、全て記載してください。

２　「講習実施年月日」欄は、承認を希望する講習が複数回ある場合は、直近のものを記載してください。

３　講習の概要がわかる資料（講習の案内チラシ等）を添付してください。

４　講習の承認申請は、受講料を無料とするものに限ります。