**札幌LCDE　認定期間延長申請書**

札幌LCDE　御中

　私は札幌LCDEの認定更新が不可能となったため、認定期間の延長を申請します。

|  |  |
| --- | --- |
|  | （西暦）　　　　年　　　　月　　　　日 |
| 認定番号 |  |
| フリガナ |  |
| 申請者氏名 |  |
| 生年月日 | （西暦）　　　　年　　　　月　　　　日 |
| 住所 | 〒　　　　　-　　　　　　　　　※延長期間中に連絡が取れる住所を記載して下さい。 |
| TEL |  |
| 延長期間 | 1年間　　　　・　　　　2年間 |
| 認定の延長を申請する理由（(1)～(3)の各項目についてもれなくご記入ください） | |
| （１）認定期間中の活動期間 | |
| 糖尿病患者の療養指導の業務に従事した期間 | （西暦）　　　　年　　　　月　　　　日～　　　　年　　　　月　　　　日  （　　　　　年　　　　ヶ月） |
| （２）延長を希望する理由 | |
| ① 特別な事情 |  |
| ② 具体的な説明 | 空欄不可。「別記参照」等も不可。なるべく詳しく。 |
| （３）認定更新に向けての意欲・今後の見込み | 空欄不可。なるべく詳しく、具体的に記述してください。 |
|  |  |

　認定機構記入欄

|  |
| --- |
| 病気・海外・育休・介護・異動・進学・災害・その他 |
| 1年間（1回目）　・　1年間（2回目）　・　　2年間 |
| 新たな更新年度：（西暦）　　　　　　　　　　年度 |