

## 第16回福島県糖尿病療養指導士会講習会募集要項

2024年度福島県糖尿病療養指導士の資格認定を募集いたします。福島県内の糖尿病患者様のために糖尿病の正しい知識と、技術の普及・啓発をはかることを目的としています。

### 1. 講習会について

開催方法： オンライン配信（ホームページより受講者専用サイトよりe-Learningにて配信）

配信期間： 2023年8月1日～8月31日（予定）  
※受講資格者には、後日メールにて受講方法をご案内いたします。

講義内容： 糖尿病療養指導ガイドブック2024を基に糖尿病療養指導士の役割・機能、基本治療と療養指導、合併症等、全15講義（1講義約40分）

テキスト： 糖尿病療養指導ガイドブック2024を各自で準備してください  
（メディカルレビュー社 TEL：03 - 3835 - 3062）

参加費： 10,000円

受講資格： 以下のいずれかの資格があり、医療職としての経験が2年以上ある者  
医師、歯科医師、保健師、助産師、看護師、准看護師、薬剤師、管理栄養士、  
栄養士、臨床検査技師、理学療法士、作業療法士、言語聴覚士、視能訓練士、  
臨床工学技士、放射線技師、健康運動指導士、歯科衛生士、社会福祉士、  
臨床心理士、公認心理士

定員： 先着90名  
※申請書類に不備がある場合、申し込みを受け付けることができませんので  
ご注意ください。

### 2. 認定試験について

試験日程： 2024年10月27日（日）予定  
※受験資格者には、後日メールにて詳細をご案内いたします。

受験料： 5,000円

受験資格： ① 福島県糖尿病療養指導士会講習会（全15講義）を受講した者。  
② 糖尿病認定看護師の資格を有する者は、書類審査のみで認定を受けることができる（認定料5,000円）。  
③ 日本糖尿病療養指導士（CDEJ）の資格を有する者は、講習会全15講義のうち5講義以上を受講した場合、書類審査で認定を受けることができる（認定料5,000円）。  
④ 他県の地域糖尿病療養指導士の資格を有する者は、講習会全15講義のうち10講義以上を受講した場合、書類審査で認定を受けることができる（認定料5,000円）。

### 3. 受講申込方法

#### 手順1

(事前申請)

ホームページ(<https://www.fukushimalcde.jp>)から事前申込をする。  
トップページ右上にある [ お問い合わせ ]⇒お問い合わせ種別の  
[講習会受講申請]から必要事項を入力して送信してください。

#### 手順2

(申請書類送付)

事前申請を行ってから申請書類を事務局に郵送する。

- 【申請書類】
- ① 講習会申込書 ( 当会ホームページよりダウンロードしてください )
  - ② 医療職免許証のコピー ( 例 : 看護師免許証、CDEJ認定証のコピー )  
※A4サイズにコピーしてください
  - ③ 施設長 ( 病院長 ) の推薦書
  - ④ 返信用封筒 ( 長型 3 号 : 23.5cm×12cm )  
※封筒に申請者の宛名を記入し、94円切手を貼り付けてください。

#### 【書類送付先】

〒963-8851 福島県郡山市開成6丁目192-2  
せいの内科クリニック内 福島県糖尿病療養指導士会事務局  
TEL : 080-4861-9571 FAX : 024-983-1010

#### 【申請期間】 2024年5月1日 ( 水 ) ~ 2024年5月27日 ( 月 ) 必着

- ※申請期間前、ならびに締切後の申し込みは受け付けません。
- ※受講者は定員90名とし、申請に必要な書類が不備なく揃っている方から先着順とさせていただきます。  
( 書類に不備がないよう十分確認してから申請してください )

- ☆ ホームページから事前申請したうえで書類を郵送してください。  
片方だけでは申請を受け付けることはできません。  
受講の可否は6月中旬頃にメールまたは、書類にてご連絡差し上げます。

福島県糖尿病療養指導士会事務局  
〒963-8851  
福島県郡山市開成6丁目192-2  
TEL : 080-4861-9571  
FAX : 024-983-1010  
HP : <https://www.fukushimalcde.jp>  
e-mail : [jimukyoku@fukushimalcde.jp](mailto:jimukyoku@fukushimalcde.jp)



**【免許・資格等】**

年	月	免許・資格	番号
日本糖尿病療養指導士		有・無	【            】年取得
他県の地域糖尿病療養指導士		有・無	【            】年取得

受講動機(必ずご記入ください)

# 推 薦 書

下記の者を、福島県糖尿病療養指導士講習会の受講者として、推薦致します。

氏名

年 月 日

施設名

施設長

印