

おかやま糖尿病サポーター研修会(更新研修会B)

実施報告書

報告日 年 月 日

1. 研修会名		
2. 実施日時		
3. 開催形態 (該当するものに○)		会場開催 ・ オンライン開催 ・ 会場とオンライン同時開催
4. 開催会場 (3で会場開催または同時開催を選んだ場合記入すること)	(会場名)	
	(所在地)	
5. 主催団体名		
6. 参加人数		名
		(うち糖尿病サポーターの人数) 名
7. 特記事項		

[1]報告者連絡先(記入必須)

報告者名	
所属名	
住所	〒
TEL	
FAX	

[2]報告に関する連絡先([1]以外の連絡先を希望する場合のみ記入)

担当者名	
所属名	
住所	〒
TEL	
FAX	

[3]その他資料として下記のことを必ず添付してください

①プログラム
②参加者名簿(おかやま糖尿病サポーターのみの名簿)
③参加証の見本(オンライン研修を行った場合のみ)
④その他(参加者への配布資料)

※申請・問合せ先:岡山県糖尿病医療連携推進事業事務局
(岡山大学病院 糖尿病センター) TEL:086-235-7209 FAX:086-235-7136