

糖尿病療養指導業務に従事した証明書

申請者氏名	
施設名	
勤務期間	年 月 日 ~ 年 月 日 現在勤務中 ・ 退職 ・ その他()
備考	(追記する事項があれば記載ください)

申請者は、上記の通り糖尿病療養に関わった事を証明します。

年 月 日

施設長

役職

氏名

印

※日本糖尿病療養指導士の資格をお持ちの方は、この書類は不要です。