

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。