**推　薦　状**

愛知県糖尿病療養指導士制度認定委員会　御中

申請者（受験者）所属：

　　　　　　　　　　　　氏名：

私どもの機関に所属する上記の者を「愛知県糖尿病療養指導士」として推薦します。また合格した場合、糖尿病患者の療養指導に従事することを認めます。

20　　年　　月　　日

推薦人　所属：

氏名：