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してください） |

申請者は、上記の通り糖尿病療養指導に関わったことを証明します。

　　　　年　　　月　　　日

施設名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

役　職＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

氏名（自署）＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

【注意】指導された方の自署は施設の代表者が望ましい。押印不要

愛知県糖尿病療養指導士認定機構