

糖尿病療養指導業務に従事した証明書

静岡県西部糖尿病療養指導研究会 御中

申請者：_____

業務従事期間

年 月 ～ 年 月 (約 年)

業務従事施設

年 月 ～ 年 月 (約 年)

業務従事施設

年 月 ～ 年 月 (約 年)

業務従事施設

その他、療養指導に携わる環境がある場合はお書きください。

現在、私どもの機関に上記の者は所属し、糖尿病療養指導に従事していることを証明します。

西暦 年 月 日

御所属：_____

お名前：_____