

# 糖尿病療養指導業務に従事した証明書

愛媛地域糖尿病療養指導士制度認定委員会 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。

平成 年 月 日

御所属：\_\_\_\_\_

お名前：\_\_\_\_\_