推　薦　状

愛媛糖尿病療養指導士認定制度委員会　御中

受験者　　所属：＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

氏名：＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

私どもの機関に所属する上記の者を「２０２４年度 愛媛糖尿病療養指導士認定試験」の受験者として推薦します。また合格した場合、私と相談の上糖尿病患者の療養指導に従事することを認めます。

年　　月　　日

所属：＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

氏名：＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿