

# 推 薦 状

愛媛地域糖尿病療養指導士制度認定委員会 御中

受験者 所属： \_\_\_\_\_

名前： \_\_\_\_\_

私どもの機関に所属する上記の者を「2010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。

平成 年 月 日

御所属： \_\_\_\_\_

お名前： \_\_\_\_\_