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：＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿