**糖尿病療養指導業務従事証明書**

|  |  |
| --- | --- |
| 認定番号  ※更新申請者のみ |  |

申請者(氏名)　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 の、当施設における

◎業務従事期間

　　　　　　　年　　　　月　　　　日　～　　　　　　　年　　　　月　　　　日まで　(約　　　　　年)

　　　　　　　年　　　　月　　　　日　～　　　　　　　年　　　　月　　　　日まで　(約　　　　　年)

　　　　　　　年　　　　月　　　　日　～　　　　　　　年　　　　月　　　　日まで　(約　　　　　年)

**注)西暦でご記入ください**

その他、療養指導に携わる環境がある場合は下記に追加してお書き下さい。

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。

２０　　　年　　　月　　　日

施設所在地　：

施設名称　：

施設長の氏名　：　　　　　　 　　　　　　　　印