

糖尿病療養指導 業務従事証明書

高知県糖尿病療養指導士認定機構 御中

申請者 :

業務従事期間

年 月 ~ 年 月 (約 年)

業務従事施設名 :

業務内容 :

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

(業務従事証明者)

施設所在地 :

施設・部門名称 :

役職 :

氏名 :

印