

(様式4)

糖尿病療養指導業務に従事した証明書

申請者氏名	
施設名	
勤務期間	年 月 日 ~ 年 月 日
備考	

申請者は、上記の通り糖尿病療養に関わったことを証明します。

年 月 日
施設長名

役職

氏名

印

※日本糖尿病療養指導士の資格をお持ちの方は、この書類の提出は不要です。
様式3の提出をしてください。