

推薦状

かがわ糖尿病療養指導士認定機構 御中

【申請者】

所属：_____

氏名：_____

私どもの機関に所属する上記の者を「かがわ糖尿病療養指導士」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。

年 月 日

【推薦者】

御所属：_____

御氏名：_____