

かがわ糖尿病療養指導士認定更新申請書N0.3

糖尿病療養指導業務に従事した証明書

かがわ糖尿病療養指導士認定機構 御中

【申請者】

氏名： _____

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。

年 月 日

御所属： _____

御氏名： _____