

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 現在勤務中・退職・その他
備考	(追記する事項があれば記載してください)

申請者は、上記の通り糖尿病療養指導に関わったことを証明します。

年 月 日

施設名 _____

役 職 _____

氏名 (自署) _____ ㊟

【注意】 指導された方の自署は施設の代表者が望ましい。印鑑は公印でなくとも可。