

(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 _____

1 勤務期間

施設名	
勤務期間	年 月 日 ~ 年 月 日

2 指導医（指導医のいる該当医療機関のみ）

指導医氏名	(自署)
指導期間	年 月 日 ~ 年 月 日
勤務別	<input type="checkbox"/> 常勤 <input type="checkbox"/> 非常勤
日本糖尿病学会	<input type="checkbox"/> 非会員 <input type="checkbox"/> 会員 <input type="checkbox"/> 認定専門医

以上のことを証明します。

施設長名

印