**業務従事証明書**

|  |  |
| --- | --- |
| 修了証番号 | － |

申請者(氏名)　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 の、当施設における

業務従事期間は下記のとおりです。

　　　　　　　年　　　　月　　　　日　～　　　　　　　年　　　　月　　　　日まで　(約　　　　　年)

**注)西暦でご記入ください**

|  |
| --- |
| その他、療養指導に携わる環境がある場合は下記に追加してお書き下さい。 |

現在、私どもの施設に上記の者は所属し、糖尿病患者の指導を含め実務経験が

1年以上あることを証明します。

２０　　　年　　　月　　　日

施設所在地　：

施設名称　：

施設長の氏名　：　　　　　　 　　　　　　　　印