(様式4)

以上のことを証明します。

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	B	~		年	月	B	
勤務別	口常勤			口非常	勃					
日本糖尿病学会	口非会	□非会員 □会員					□認定専門医			

施設長名

印