

栃木県糖尿病療養指導士 推薦書

年 月 日

栃木県糖尿病療養指導士認定機構 御中

施設名

施設長の氏名(役職)

印()

当施設に勤務する_____は、現在、糖尿病療養支援活動に従事し、最低2年以上の経験があることを証明し、栃木県糖尿病療養指導士受験者として推薦します。

糖尿病療養指導経験 略歴

過去の糖尿病療養指導経験の有無 : 有 無
有の場合は以下記入して下さい(最大3施設まで)

療養指導を行った施設の名称	職種	指導期間(年数)
		年 月
		年 月
		年 月

上記内容に間違いありません

年 月 日

氏名

【志望動機】(必ず記載してください)

()