

糖尿病療養支援の経験年数

| 施設名 | 年 |
|-----|---|
| | |
| | |
| | |
| | |
| | |

志望動機

| |
|--|
| |
| |
| |
| |
| |

推薦書

上記の者を、大分県糖尿病療養指導士研修会の受講者として推薦いたします。

平成 年 月 日

推薦文

| |
|--|
| |
| |
| |

推薦者(施設長) _____ 印

推薦者(大分県糖尿病臨床医会入会医師) _____ 印
(施設長と兼ねる場合は同上とする)