

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。

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  
または おおいた糖尿病相談医)

\_\_\_\_\_ 印  
(施設長と兼ねる場合は同上とする)