

(様式5)

糖尿病療養支援活動証明書（初回用）

年 月 日

神奈川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ます。