

(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。