

(様式 6)

## 糖尿病療養支援活動証明書 (更新用)

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、神奈川糖尿病療養指導士の資格取得または前回更新後、5 年間のうち、最低 2 年以上の糖尿病療養支援活動の経験があることを証明します。