

(様式C)

糖尿病療養支援活動証明書 (※更新者用)

下記の者は、WLCDE認定後2年間以上の糖尿病療養指導支援活動に従事していたことを証明します。

(ふりがな) 性別	() 男・女
申請者氏名	
申請者 職種	1. 看護師、2. 准看護師、3. 管理栄養士、4. 栄養士、5. 薬剤師、 6. 臨床検査技師 7. 保健師 8. 理学療法士、9. 助産師 10. 歯科衛生士 11. 介護福祉士 12. 作業療法士 13. 言語聴覚士 14. 視覚訓練士 15. その他 ()
経歴(勤務場所、具体的な療養指導内容)	
年 月 日 ~ 年 月 日	
年 月 日 ~ 年 月 日	
年 月 日 ~ 年 月 日	
年 月 日 ~ 年 月 日	
年 月 日 ~ 年 月 日	
年 月 日 ~ 年 月 日	
年 月 日 ~ 年 月 日	

_____年 月 日

所属施設名(所属団体名)

所属長名(所属団体代表者名)

印

* 現在の所属長の証明でもかまいません。

* 病院長や理事長ではなく、直属の上司(薬局長、看護部長、内科部長など)の証明でもかまいません。