（様式２）

 （西暦） 年　　　 月　　　日

群馬県糖尿病療養指導士推薦書（新規・更新・勤務先変更）

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　※該当するものに○で囲んで下さい。

　　　 群馬県糖尿病療養指導認定機構　御中

　　　　　　　施設名

　　　　　　　施設長または

　　　　　　 責任医師の氏名

　　　　　　　当施設に勤務する 　　　　　　　　　　　　　　　　　は、

　　　　下記該当箇所にレ点を入れて下さい。

　　　　□　　２年以上（新規）の糖尿病療養指導の経験があることを証明します。

　　　　□　　５年以上（更新）の糖尿病療養指導の経験があることを証明します。

　　　　□　　群馬県糖尿病療養指導士を取得済みである（変更）ことを証明します。

（勤務先が変更になった場合、ご希望の方のみ勤務先名を変更した認定証を発行致します。）

 　様式２の書類につきましては、施設長又は責任医師が記入して下さい。