

## 療養指導経験の証明書（受験者用）

申請者氏名

\_\_\_\_\_

### 1. 勤務期間

施設名	
勤務期間	年 月 日～ 年 月 日

### 2. 指導医

指導医氏名	(自署)	印
指導期間	年 月 日～	年 月 日
勤務別	<input type="checkbox"/> 常勤	<input type="checkbox"/> 非常勤
日本糖尿病学会	<input type="checkbox"/> 非会員	<input type="checkbox"/> 会員 <input type="checkbox"/> 認定専門医

以上のことを証明します。

施設長名

公印