

# 推 薦 状

かがわ糖尿病療養指導士制度認定委員会 御中

申請者 所属：\_\_\_\_\_

名前：\_\_\_\_\_

私どもの機関に所属する上記の者を「かがわ糖尿病療養指導士」として推薦します。また合格した場合、私と相談の上糖尿病患者の療養指導に従事することを認めます。

年 月 日

推薦者 御所属：\_\_\_\_\_

お名前：\_\_\_\_\_