**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 |

1. 指導医

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 指 導 医 氏 名 | （自署） | 　印 |
| 指　導　期　間 | 　　　　年　　月　　日～　　　　年　　月　　日 |
| 勤　　務　　別 | □常勤　　　　□非常勤 |
| 日本糖尿病学会 | □非会員　　　□会員　　　　□認定専門医 |

以上のことを証明します。

　　　　　　　施設長名　　　　　　　　　　　　　　　　　公印