**一般社団法人　臨床糖尿病支援ネットワーク**

**糖尿病療養指導に従事した証明書**

**申請者名　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　印**

**①上記、申請者は下記の期間当施設において医師の指示のもとで**

**糖尿病患者の療養指導に従事しました。**

**（１）平成　　年　　月　　日～平成　　年　　月　　日　　計　　年　ヵ月**

**（２）平成　　年　　月　　日～平成　　年　　月　　日　　計　　年　ヵ月**

**（３）平成　　年　　月　　日～平成　　年　　月　　日　　計　　年　ヵ月**

**合計　　　年　　ヵ月**

**※認定期間中のみ２年以上の記載が必要**

**②当施設は下記に該当する施設です。**

**Ａ）病院**

**Ｂ）診療所**

**Ｃ）保険調剤薬局**

**Ｄ）病院診療所附属のリハビリテーション施設**

**Ｅ）保健所**

**Ｆ）市町村保健センター**

**Ｇ）老人福祉施設**

**Ｈ）介護老人保健施設**

**Ｉ）指定介護老人福祉施設**

**Ｊ）訪問看護ステーション**

**Ｋ）母子保健施設**

**Ｌ）その他**

**以上、①及び②を証明いたします。**

**施設名**

**指導医師**

**又は所属長　　　　　　　　　印**

**平成　　　　年　　　月　　　日**