（様式1）

糖尿病療養指導経験　自己申告書

**一般社団法人　臨床糖尿病支援ネットワーク**

**認定審査委員会　委員長　殿**

|  |  |
| --- | --- |
| **認定番号** |  |
| **氏　名** |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **No.** | **期間** | **所属先** | **指導経験の内容** |
| 例 | 平成23年4月1日  ～  平成24年3月31日 | ○○市役所 | ○○市役所が定期的に行う栄養相談会において栄養指導に携わった |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

※　不足する場合は、コピーしてご使用ください。