

年 月 日

業務従事証明書

山形県糖尿病療養指導士会 御中

施設名：

部署名：

下記の者は、当施設において糖尿病診療の業務に従事していることを証明する。

氏名

生年月日（西暦）

現住所 〒

電話番号

所属施設長名（又は部署長名でも可）

①