

## 糖尿病療養支援活動証明書（CDE 大阪申請用）

下記の者は、2年間以上の糖尿病療養支援活動に従事していたことを証明します。

|       |  |  |  |
|-------|--|--|--|
| 申請者氏名 |  |  |  |
| 申請者資格 | 1. 看護師 2. 准看護師 3. 管理栄養士 4. 栄養士 5. 薬剤師<br>6. 臨床検査技師 7. 保健師 8. 理学療法士 9. 歯科衛生士<br>10. 介護福祉士 11. 健康運動指導士 12. 臨床工学士 13. 視能訓練士 |  |  |
| 経 歴   | 年 月 日～   |  |  |
|       | 年 月 日  |  |  |
|       | 年 月 日～   |  |  |
|       | 年 月 日  |  |  |
|       | 年 月 日～   |  |  |
|       | 年 月 日  |  |  |
|       | 年 月 日～   |  |  |
|       | 年 月 日  |  |  |
|       | 年 月 日～   |  |  |
|       | 年 月 日  |  |  |

所属施設名（所属団体名） \_\_\_\_\_

所属長名（所属団体代表者名） \_\_\_\_\_ 印

※現在の所属長の証明のみで可

※直属上司（病院長ではなく、薬剤部長、看護部長、内科部長など）でも可