

糖尿病療養支援の経験年数

施設名	年

志望動機

推薦書

上記の者を、大分LCDE(糖尿病療養指導士)研修会の受講者として推薦いたします。

年 月 日

推薦文

推薦者(施設長) _____ 印

推薦者(大分県糖尿病臨床医会入会医師
または おおいた糖尿病相談医) _____ 印
(施設長と兼ねる場合は同上とする)