

## 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    6. 臨床検査技師    7. 保健師    8. 理学療法士 9. 歯科衛生士    10. 介護福祉士    11. 健康運動指導士 12. 臨床工学技士    13. 視能訓練士    14. 臨床心理士 15. ケアマネージャー	
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	
	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