

推 薦 状

下記の者を、宮崎地域糖尿病療養指導士認定試験のための講習会の受講者として推薦致します。

職種

氏名

(西暦) 2024年 月 日

施設・施設長名

公印

※ご署名は座版または直筆、押印は必ず公印（施設印）をお願いします