

# 推 薦 状

下記の者を、宮崎地域糖尿病療養指導士として推薦致します。

職種

\_\_\_\_\_

氏名

\_\_\_\_\_

(西暦) 2023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