④

**札幌糖尿病療養指導士（札幌LCDE）**

**糖尿病療養支援活動に関する所属施設の証明書（認定更新用）**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **記入日** | **（西暦）　　　　年　　　　月　　　　日** | |
| **所属施設名** |  | |
| **ふりがな** |  | **印** |
| **所属施設長名（自署）** |  |  |
| **下記のものは、上記施設において職員として下記の期間、糖尿病療養支援活動に従事したことを証明する。** | | |
| **職員氏名** |  | |
| **職種** |  | |
| **活動期間** | **（西暦）　　　　年　　　　月　　　　日　〜**  **（西暦）　　　　年　　　　月　　　　日** | |
| **職種** |  | |
| **活動期間** | **（西暦）　　　　年　　　　月　　　　日　〜**  **（西暦）　　　　年　　　　月　　　　日** | |
| **職種** |  | |
| **活動期間** | **（西暦）　　　　年　　　　月　　　　日　〜**  **（西暦）　　　　年　　　　月　　　　日** | |
| **職種** |  | |
| **活動期間** | **（西暦）　　　　年　　　　月　　　　日　〜**  **（西暦）　　　　年　　　　月　　　　日** | |

・太枠内の記入をお願い致します。記載いただいた情報を目的以外で使用することはございません。

・札幌LCDE認定資格取得後の糖尿病療養支援の活動期間について記載してください。