

日本糖尿病教育・看護学会主催

糖尿病重症化予防（フットケア）研修会

推薦書

年 月 日

日本糖尿病教育・看護学会 御中

ふりがな：

氏 名： _____

①糖尿病足病変への療養指導業務従事期間

（ ※ 注：糖尿病足病変の看護に従事した期間 ）

年 月 ~ 年 月（ 年 カ月 ）

②上記業務従事施設

上記の者は本施設の看護師であり、糖尿病足病変に関する療養指導や看護に従事し、所定の実務期間(糖尿病足病変の看護に従事した経験5年以上)を有しております。糖尿病重症化予防（フットケア）研修会への参加により、本施設の糖尿病患者の足病変に関する療養指導に従事し、糖尿病合併症管理料の施設基準に係る届出をする予定です。

以上のとおり、上記のものが糖尿病重症化予防（フットケア）研修を受ける要件を充たしていると評価しますので、ここに推薦いたします。

所属長（理事長または院長、看護部長以上の役職者）氏名（自署）： _____

印

所属機関： _____ 職位（名） _____

住 所： _____

連絡先：電話番号 _____