

推薦書

年 月 日

日本糖尿病教育・看護学会 御中

ふりがな	
被推薦者氏名	
糖尿病足病変への療養指導業務 (糖尿病足病変の看護の) 従事期間	年 月～ 年 月 (年 カ月)
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、上記の者が糖尿病重症化予防(フットケア)研修受講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。

推薦者氏名 (自署)	
職位 (理事長または院長、 看護部長以上の役職者)	
所属施設名	
住所	
電話番号	