

糖尿病重症化予防（フットケア）研修
推 薦 書

平成 年 月 日

東京都看護協会 御中

氏 名：_____

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 ヶ月）

上記業務従事施設_____

上記の者は本施設の常勤看護師であり、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専任で従事し、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。

推薦者氏名（自署）：_____ 印

所属機関：_____ 職位（名）_____

住 所：_____

連絡先：電話番号_____