

【第1回】
令和7年1月22日・23日・24日開催

糖尿病重症化予防(フットケア)研修

推 薦 書

(看護部長または院長による推薦)

令和 年 月 日

東京都看護協会 御中

申込者氏名:

糖尿病足病変患者の看護に従事した期間:

年 月 ~ 年 月 (年 ヶ月)

上記の者は本施設の看護師であり、糖尿病足病変患者の看護に従事した経験を5年以上有しております。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満たしていますので、ここに推薦いたします。

推薦者氏名(自署):

印

所属機関:

職位:

住 所:

連絡先電話番号:

【第1回】
令和7年1月22日・23日・24日開催

糖尿病重症化予防(フットケア)研修

従事証明書

令和 年 月 日

東京都看護協会 御中

申込者氏名:

在籍期間: 年 月 ~ 年 月

糖尿病足病変患者の看護に従事した期間:

年 月 ~ 年 月 (年 ヶ月)

上記の者は、当施設において糖尿病足病変患者の看護に従事した経験を有しています。

施設長氏名(自署):

印

所属機関:

職位:

住 所:

連絡先電話番号: