|  |  |
| --- | --- |
| 希望回のどちらかに〇をつけてください | |
|  |  |
| 第1回参加 | 第2回参加 |
| 11/1 11/2 11/3 | 11/1 12/6 12/7 |

公益社団法人　東京都看護協会主催

一般社団法人　日本糖尿病教育・看護学会共催

糖尿病重症化予防フットケア研修

推薦書

記載日　2025年　　　　月　　　　日

|  |  |
| --- | --- |
| 申込者  氏名 |  |
| 実務年数 | 2025年10月31日現在　　　　　年　　　カ月 |
| 糖尿病足病変患者の看護に従事した経歴 | 西暦　　　　年　　　　月～　　　年　　　　月　（　　　　　年　　　　カ月）【　　　　　　　　　　　　　　　　　】  【従事した施設名】  西暦　　　　年　　　　月～　　　年　　　　月　（　　　　　年　　　　カ月）【　　　　　　　　　　　　　　　　　】  西暦　　　　年　　　　月～　　　年　　　　月　（　　　　　年　　　　カ月）【　　　　　　　　　　　　　　　　　】 |

　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。

|  |  |
| --- | --- |
| 推薦者指名 | 印 |
| 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 |  |
| 連絡先電話番号 |  |