

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

希望回のどちらかに○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

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 月				
糖尿病足 病変患者 の看護に 従事した 経歴	【従事した施設名】 西暦 年 月～ 年 月 (年 月) 【 西暦 年 月～ 年 月 (年 月) 【 西暦 年 月～ 年 月 (年 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	

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

希望回のどちらかに○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

推薦書記載例

記載日 2025 年 8 月 1 日

申込者 氏名	東京 英恵
実務年数	2025 年 10 月 31 日現在 20 年 7 ヵ月
糖尿病足 病変患者 の看護に 従事した 経歴	【従事した施設名】 西暦 1995 年 4 月～1998 年 3 月 (4 年 ヵ月) 【西新宿看護協会腎内透析クリニック】 西暦 2023 年 4 月～2025 年 10 月 (2 年 7 ヵ月) 【東京都看護協会総合病院 】

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	新宿 緑	印 この欄は推薦者をご記入ください。 自署または記名押印してください。
職位 (理事長または院長、看護部長 以上の役職者)	看護部長	
所属施設名	東京都看護協会総合病院	
住所	東京都新宿区西新宿四丁目 2 番 19 号	
連絡先電話番号	03-6300-0730 (代表)	