推　薦　書

　　下記の者を、福岡県筑後地区糖尿病療養指導士研修会の受講者として、推薦いたします。

　　　　　　　　　氏名

　　　　　　　　　　　　　年　　　　　　月　　　　　　日

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　施設名

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　施設長　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　印