



年 月 日

## 推薦書

認定教育施設名（診療科長名）

研修統括責任者（教育責任者）（自署）

下記のものは、当院に常勤医として、糖尿病診療に従事し、十分な知識と、経験を有し、糖尿病専門研修において専攻医に対する指導を行っていることを証明します。

在籍期間 年 月 日 ~

醫師名

生 年 月 日 19 年 月 日生

現住所 ㊦

TEL.

推薦する医師が糖尿病専門研修を行っている専攻医に対して行った具体的指導内容

[illegible]