|  |  |
| --- | --- |
| 受講証明書

|  |
| --- |
| 　　　　　殿 |

あなたが下記の研修会を受講したことを証明します。記研 修 名：　　　　　　（認定番号　第　　　　　番）開催日時：単 位 数：本研修会は「石川糖尿病連携医・石川糖尿病療養指導士の研修制度」における「石川県医師会糖尿病対策推進会議が認定した研修会」に該当します。　　年　　月　　日主催機関名代表者名　　　　　　　　　　　　㊞ |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 受講証明書

|  |
| --- |
| 　　　　　殿 |

あなたが下記の研修会を受講したことを証明します。記研修名：　　　　（認定番号　第　　　　　番）開催日：単位数：本研修会は「石川糖尿病連携医・石川糖尿病療養指導士の研修制度」における「石川県医師会糖尿病対策推進会議が認定した研修会」に該当します。　　年　　月　　日主催機関代表者名　　　　　　　　　　　㊞ | 受講証明書

|  |
| --- |
| 　　　　　殿 |

あなたが下記の研修会を受講したことを証明します。記研修名：　　　　（認定番号　第　　　　　番）開催日：単位数：本研修会は「石川糖尿病連携医・石川糖尿病療養指導士の研修制度」における「石川県医師会糖尿病対策推進会議が認定した研修会」に該当します。　　年　　月　　日主催機関代表者名　　　　　　　　　　　㊞ |
| 受講証明書

|  |
| --- |
| 　　　　　殿 |

あなたが下記の研修会を受講したことを証明します。記研修名：（認定番号　第　　　　　番）開催日：単位数：本研修会は「石川糖尿病連携医・石川糖尿病療養指導士の研修制度」における「石川県医師会糖尿病対策推進会議が認定した研修会」に該当します。　　年　　月　　日主催機関代表者名　　　　　　　　　　　㊞ | 受講証明書

|  |
| --- |
| 　　　　　殿 |

あなたが下記の研修会に参加したことを証明します。記研修名：（認定番号　第　　　　　番）開催日：単位数：本研修会は「石川糖尿病連携医・石川糖尿病療養指導士の研修制度」における「石川県医師会糖尿病対策推進会議が認定した研修会」に該当します。　　年　　月　　日主催機関代表者名　　　　　　　　　　　㊞ |