|  |  |
| --- | --- |
| 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　　　　　　　　　　　㊞ |