

# 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 (印)

## 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 (印)

## 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 (印)

## 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 (印)