2015年4月

「糖尿病療養指導業務に従事した証明書」の記入例・注意点

様式：更新2

※折り曲げ厳禁

糖尿病療養指導業務に従事した証明書

1. 認定番号 99999　申請者氏名 認定　花子　は、下記の期間、当施設において医師の指示の下で糖尿病療養指導の業務に従事しました。

中断がある場合は期間ごとに分けて記入

① 西暦 2011 年 8 月 15 日～ □西暦 2012 年 7 月 18 日 / □証明日現在に至る　計 0 年 11 ヵ月

② 西暦 2013 年 4 月 1 日～ □西暦＿＿年＿＿月＿＿日 / ☑証明日現在に至る　計 2 年 2 ヵ月

③ 西暦＿＿年＿＿月＿＿日～ □西暦＿＿年＿＿月＿＿日 / □証明日現在に至る　計＿＿年＿＿ヵ月

合計 3 年 1 ヵ月間

「証明日現在に至る」場合は、証明日（ここでは2015年6月28日）までの年月を記入

※ 本欄は日本糖尿病療養指導士の認定期間（2011（H23）年4月1日以降）のみについて記入してください。
※ □はどちらか該当するものを選んでチェック（✓）をつけてください。
※ 証明日現在業務に従事している場合は、見込みは含まず「証明日現在に至る」にチェック（✓）してください。
※「計」は1ヵ月未満切捨てで記入してください。

2. 当施設は以下のとおりです。

(1) 施設の名称	医療法人本郷会　日本糖尿病療養指導病院	
(2) 施設の所在地	東京都文京区本郷2-30-7	
(3) 施設の種類	下記（イ）～（ネ）のうち該当するもの1つを選んで○で囲み、（ツ）（ネ）の場合は下記四角枠内に記入すること	
医療法にもとづく施設	[✓ （イ）病院] （ロ）診療所	（ハ）病院・診療所附属のリハビリテーション施設 （ニ）助産所
地域保健法にもとづく施設	（ホ）保健所 （ヘ）市町村保健センターまたは市町村保健センター類似施設	
老人福祉法にもとづく施設	（ト）老人福祉施設（老人福祉センター）	
介護保険法にもとづく施設	（チ）介護老人保健施設 （リ）指定介護老人福祉施設 （ヌ）訪問看護ステーション （ル）認知症対応型共同生活（グループホーム）	（ヲ）通所施設（デイサービス、デイケア） （ワ）在宅介護支援センター （カ）特定施設（介護保険適応の在宅介護対応型ケアハウス、軽費老人ホーム、有料老人ホーム）
母子保健法にもとづく施設	（ヨ）母子保健施設（母子健康センター）	
薬事法にもとづく施設	（タ）薬局	
その他①	（レ）都道府県産業保健推進センター （ソ）地域産業保健推進センター	
その他②	（ツ）厚生労働大臣認定による健康増進施設	
その他③	（ネ）（イ）～（ツ）に該当しない事業所。但し申請者は当事業所のTHP（トータルヘルス・プロモーションプラン）担当者である	

※（ツ）に該当する場合は以下に記入
（ツ）認定期間：
＿＿年＿＿月＿＿日～＿＿年＿＿月＿＿日
※厚生労働大臣により認定を受けたことを示す証明書類を添付してください

※（ネ）に該当する場合は以下に記入
（ネ）業務内容：

期間中に名称変更があった場合は、欄外余白に「変更の旨（○○により■■から△△に変更）」と「変更年月日」を記入し公印を捺印

以上、1. および2. を証明します。

西暦 2015 年 6 月 28 日

施設長の役職：　院長

施設長の氏名：　南條　輝志男

医療法人本郷会日本糖尿病療養指導病院長印

公印

当施設は、2013年8月1日をもって統廃合により、旧医療法人春日会日本糖尿病療養指導病院から医療法人本郷会日本糖尿病療養指導病院に変更した。

医療法人本郷会日本糖尿病療養指導病院長印

※「施設名の入った朱印」のみを「公印」と認めます。
※「施設名の入った朱印」がない場合は「施設長名」の自署と施設長の認め印が必要です。
◆本証明書の記載を訂正する場合は訂正箇所に「公印」を押してください。
　申請者の訂正印による訂正は認めません。
◆複数の施設で糖尿病療養指導業務に従事した方は、1施設につき1枚の証明書が必要です。
　本用紙をコピーしてお使いください。（複数施設の業務内容を1枚の用紙に書いてはいけません。）