**証明書**

（ふりがな）

氏　名 　　　　　　　　　　　　殿

生年月日　（西暦）　　　　　　　年　　月　　日生（　　　才）

　発病は （発症年）　　 　年で糖尿病歴20年以上、

（友の会名）　　　　　　　 　　会（友の会No. 43－ 　　　　）の入会は

（入会年）　　　 年、会員歴20年以上である。

現在、特に支障なく当院にて糖尿病の管理を受けている。

　上記のとおり証明致します。

　　年　　　月　　　日

医療機関名

医師名：　　　　　　　　　　　　　　印

又は

各都道府県糖尿病協会長　名：　　　　　　　　　　　　　　印

＊ご記入頂きました個人情報は協会で適切に管理し、目的以外には使用致しません。

**友の会　→　各都道府県糖尿病協会　→　日糖協本部**