受講申込書（推薦書含）

下記の必要事項に記載し、選択項目には数字に○印をつけてください。申込日：2025 年 月 日

ふりがな		性別 1.男 2.女
氏名		年齢 歳
所属施設名		
所属施設住所・TEL	〒 TEL：	
連絡先 TEL（本人）		
Eメール（PCメール）		
配置部署（主な診療科）	部署：	職位：
看護師実務経験年数	年 月	
該当所属施設	1. 病院 2. 診療所 3. 訪問看護ステーション 4. 老人福祉施設 5. その他の福祉施設・在宅関連施設	
糖尿病に関連する資格	1. 日本糖尿病療養指導士 2. 地域糖尿病療養指導士（地域名） 3. 慢性疾患看護専門看護師	
研修参加動機		

推薦書（院長または看護部長相当の方が記入してください）

被推薦者氏名： _____

糖尿病足病変に関する療養指導や看護に従事した期間

西暦 年 月～ 年 月 合計： 年 月

上記の者は、本施設の看護師であり、糖尿病足病変に関する療養指導や看護に従事し、所定の実務期間（糖尿病足病変の看護に従事した経験 5 年以上）を有しております。糖尿病重症化予防（フットケア）研修会参加後は、本施設の糖尿病患者の足病変に関する療養指導に従事する予定です。

以上のとおり、上記の者は糖尿病重症化予防（フットケア）研修を受ける要件を満たしておりますのでここに推薦いたします。

施設名： _____

推薦者氏名（自著）： _____ 職位（名）： _____

連絡先： _____