

第 12 回日本フットケア学会久留米セミナー 御中

創傷足(フットケア)外来施設見学

推 薦 状

平成 年 月 日

氏名: _____

上記業務従事施設

上記の者は本施設の足病変資料に携わっているものであり、従事施設は足外来の立ち上げを予定しております。

以上のとおり、上記のものが創傷足(フットケア)外来施設見学を受ける要件を充たしていると評価しますので、ここに推薦いたします。

推薦者氏名(自署): _____ 印

所属機関: _____ 職位(名) _____

住 所: 〒 _____

連 絡 先: 電話番号 _____