送付先：第12回日本フットケア学会久留米セミナー　運営事務局

主催　一般社団法人日本フットケア学会

共催　一般社団法人日本糖尿病教育・看護学会

糖尿病重症化予防（フットケア）研修

**推 薦 書**

平成 年 月 日

第12回日本フットケア学会久留米セミナー　御中

氏名：

糖尿病足病変への療養指導業務従事期間

（※注：糖尿病足病変の看護に従事した期間）

　　　　　年　　　　　月　～　　　　　年　　　　　月　（　　　　　年　　　　　ヵ月　）

上記業務従事施設

上記の者は本施設の常勤看護師であり、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）研修会への参加により、本施設の糖尿病患者の足病変に関する療養指導に専任で従事し、糖尿病合併症管理料の施設基準に係る届出をする予定です。

 以上のとおり、上記のものが糖尿病重症化予防（フットケア）研修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