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