

<様式6-2>

共催: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 受講推薦書

平成 年 月 日

日本糖尿病教育・看護学会

山形県看護協会 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)研修会の受講により、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、上記の者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