

(様式2)

糖尿病療養指導業務に従事した証明書

産前産後休暇及び育児休業、病気・介護休職の取得、要件を満たした医師の不在により勤務期間・業務従事期間に中断があり、その前後を合算しなければ受験資格を満たせない方は、この用紙を使用できません。中断前後合算用の用紙を請求してください。(「実施要項」P5、P8～10参照)

登録番号	0	申請者名	
------	---	------	--

I	
申請者の業務に関する証明	
(1) 当施設における勤務期間 (過去10年以内)	
過去10年以内、2008年12月6日以降を記入してください。	年月数(1ヵ月未満切捨て)
年 月 日から 年 月 日まで・現在に至る	年 ヵ月
(2) 当施設で II の医師の指示下で糖尿病患者の療養指導業務に従事した期間	
過去10年以内、2008年12月6日以降を記入してください。	年月数(1ヵ月未満切捨て)
年 月 日から 年 月 日まで・現在に至る	年 ヵ月
(3) (2)の期間に、直接糖尿病患者に接して療養指導をおこなった時間	
計算式 (原則として「単位期間あたりの時間」×「年月数」の計算式で記入)	
①	
②	
計算式の説明	
計算結果	
①	時間 + ② 時間 = 時間

〈切り離し無効〉

II	申請者を指導した医師の証明	医師①	医師署名・印		勤務状況 当てはまるものに○	常勤・非常勤(月回)
			勤務期間	年 月 日～ 年 月 日・現在に至る		
			会員期間	年 月 日～ 年 月 日・現在に至る	会員番号	
			専門医期間	年 月 日～ 年 月 日・現在に至る	認定番号	
		医師②	医師署名・印		勤務状況 当てはまるものに○	常勤・非常勤(月回)
			勤務期間	年 月 日～ 年 月 日・現在に至る		
			会員期間	年 月 日～ 年 月 日・現在に至る	会員番号	
			専門医期間	年 月 日～ 年 月 日・現在に至る	認定番号	
		医師③	医師署名・印		勤務状況 当てはまるものに○	常勤・非常勤(月回)
			勤務期間	年 月 日～ 年 月 日・現在に至る		
			会員期間	年 月 日～ 年 月 日・現在に至る	会員番号	
			専門医期間	年 月 日～ 年 月 日・現在に至る	認定番号	
III	施設に関する証明	(1) ①外来糖尿病患者の診療の状況	下の選択肢から1つ選んで○	a	b (2)にも記入	c (3)にも記入
		(1) ②糖尿病療養指導の状況		a	b (2)にも記入	
		選択肢	a 当施設で恒常的に行われていた b 当施設で恒常的に行われていた期間と恒常的に行われていなかった期間がある c 当施設では恒常的に行われていなかったが、併設の診療所と緊密に連携し、糖尿病患者の外来診療を併設の診療所で行っていた			
		(2) (1) ①、(1) ②で b に○をした方 当施設で外来糖尿病患者の診療や療養指導が恒常的に行われていた/いなかった期間	恒常的に行われていた期間 : 年 月 日～ 年 月 日 恒常的に行われていなかった期間 : 年 月 日～ 年 月 日			
(3) (1) ①で c に○をした方 当施設と連携して糖尿病外来診療を行っていた併設の診療所名・連携の状況(施設長の公印が必要)	併設の診療所名 : 連携の状況(具体的に記してください):			公印		
施設長の証明欄	以上、I、IIおよびIIIを証明します。					
	証明日	2018年 月 日				
	施設所在地					
	施設(病院・診療所等)名称					
	施設長の役職(病院長・診療所長等)					
施設長(病院長・診療所長等)の氏名	公印					

※「施設名の入った朱印」のみを「公印」と認めます。
 ※「施設名の入った朱印」がない場合は、「施設長名を自署」の上、「施設長個人の認め印」を捺印すること。
 ※本用紙の訂正は証明者(施設長)の訂正印(公印)によること。