長崎地域糖尿病療養指導士認定委員会研修会参加証

下記研修会に参加したことを証明します。

参加者名：\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

研修会名：

場　　所：

開催日時：2018年　　月　　日(　)

:　　～　　:

単位数：1単位

主催(共催)団体名：