**長崎地域糖尿病療養指導士認定委員会**

**単位認定セミナー　参加証**

**あなたが本研修会に参加したことを証明します**

1.参加者氏名：

2.セミナー名：

3.受講場所：

4.開催日時：　　年　　月　　日

　　　　　　　　　　　　　：　　~　：

5.認定単位数：1単位

6.主催/共催：

年　　月　　日

長崎地域糖尿病療養指導士認定委員会

会長　阿比留教生