**医療ボランティア活動スタッフ派遣承認のお願い**

平成　　年　月　日

施設名〇〇〇〇〇

△△△△　△△△△様　御侍史

長崎地域糖尿病療養指導士認定委員会

会　　長　　　　　阿比留　教生

「　　　年度□□□□□□□□□□□□□」へのご参加のお願い

　平素より、貴施設におかれましては、長崎地域糖尿病療養指導士の活動にご理解ならびにご支援賜り、心より感謝申し上げます。

長崎地域糖尿病療養指導士認定委員会（LCDE-Nagasaki）は、糖尿病の自己管理（療養指導）を支援する療養指導士を長崎独自に養成し、糖尿病教育の正しい知識および技術の普及・啓発を目的に活動しております。

　今年も□□□□□□□□の開催が予定されており、長崎地域糖尿病療養指導士の皆様にボランティア活動の募集を行いました。貴施設からは、下記のスタッフより活動参加の申し出があり、主催者、委員会大変感謝しております。

つきましては、誠に恐縮ですが、スタッフの医療ボランティア活動への参加を御承認いただきますようよろしくお願い申し上げます。

記

職名　　　　　　　氏名

□□□□□□□□□□□□□

期間：平成 年 月 日（ ）　　：00～　　：00

場所：

　　　 住所：〒 　　　　　　　　　　　　　TEL

連絡先：〒852-8501　長崎市坂本1-7-1

長崎大学病院第一内科内

長崎地域糖尿病療養指導士認定委員会　事務局　村川　香

　　　　TEL: 095-819-7261 FAX: 095-849-7270

Email：lcdenagasaki@gmail.com