

腎臓病療養指導業務活動証明書

年 月 日

腎臓病療養指導士創設に関する合同委員会 御中

施設名 _____

施設長の氏名（役職）_____ 印（ ）

当施設に勤務する _____ は、現在、腎臓病療養指導活動に従事し、過去 10 年以内に通算 2 年以上、かつ通算 1000 時間以上、保存期腎臓病患者の療養指導業務に従事していることを証明します。