**＜＜講演会名を記載下さい＞＞**

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.　参加者名

2.　主催（共催）団体名

3.　開催年月日・時間

 **年 月 日（ ） : ～**

4.　実質研修時間　　**時間 分**

本研修会は熊本地域糖尿病療養指導士（CDE-Kumamoto）より

「認定更新のための研修会」として認定されています。

 年 月 日

 熊本地域糖尿病療養指導士認定委員会

会長　　平島　義彰　　　 印