

実務経験証明書

一般社団法人

日本腎代替療法医療専門職推進協会 御中

当施設に勤務する_____は、過去 10 年以内に通算 3 年以上、
腎臓病患者の療法選択業務、食事指導、薬剤服薬指導、あるいは腎代替療法の
医療現場に従事していることを証明します。

年 月 日

施設名_____

所在地_____

施設長_____ 印