

(様式3-1)

## 推薦状

日本腎臓リハビリテーション学会指導士認定制度委員会御中

当施設に所属する下記の者は日本腎臓リハビリテーション学会の正会員であり、腎臓リハビリテーション指導士資格認定試験の受験者として適格と考え、ご推薦申し上げます。

記

受験希望者 所属 \_\_\_\_\_  
部署名 \_\_\_\_\_  
氏名 \_\_\_\_\_

医師 看護師 理学療法士 作業療法士 言語聴覚士 臨床検査技師  
栄養士（管理栄養士） 薬剤師 臨床工学技士 公認心理師（臨床心理士）  
健康運動指導士 ※いずれかに○

\_\_\_\_\_年 月 日

勤務先 \_\_\_\_\_

所属長（自署） \_\_\_\_\_