

(様式3-2)

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本会員であり、下記の1)と2)を満たすことから、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○

- 1) 腎臓リハビリテーションの実地経験が1年以上である。
- 2) 10症例の自験例報告書が正確かつ適切に記載されている。

_____年 月 日

勤務先 _____

所属長(自署) _____