

認定医資格取得者の推薦状

(西暦) 年 月 日 記入

氏名	
----	--

----- (点線以下は認定医資格取得者の記入欄) -----

施設名		
施設住所	〒 -	
認定医 資格取得者 の氏名		印

_____が上記の施設において、

(西暦) _____年 _____月 _____日から(西暦) _____年 _____月 _____日までの期間で

性感染症に対する相談・検査の介助、予防・啓発に関する経験が2年以上あることを証明します。