(様式3－1)

医療歴証明書（Ⅰ）

氏　名

施設名

所　属

上記のものは下記に示す期間、当施設において下肢病変の予防、医療に従事したことを証明いたします。

申請者の在籍期間

西暦　　　　年　　　月　　　日　～　西暦　　　　年　　　月　　　日

以上のとおり証明します。

西暦　　　　　年　　　　月　　　　 日

 施設名

所属長　氏名　　　　　　　　　　　　　　　　印

(様式3－2)

医療歴証明書（Ⅱ）

氏　名

施設名

所　属

上記のものは下記に示す期間、当施設において下肢病変の予防、医療に従事したことを証明いたします。

申請者の従事期間

西暦　　　　年　　　月　　　日　～　西暦　　　　年　　　月　　　日

以上のとおり証明します。

西暦　　　　　　年　　　　月　　　　日

日本フットケア・足病医学会評議員　　　　　　　　　　　　　　　印

＊ 多施設もしくは在宅、居宅療養などで下肢病変の予防、医療に従事した場合は

この様式を用いてください。