

コメディカル証明書

氏 名： _____

所属施設名： _____

職 名： _____

上記の者は当方の職員であることを証明する。

平成 年 月 日

所属施設名： _____

職 名： _____

氏 名： _____ 印

※ 本用紙をご持参いただき、学会参加受付にご提出ください。