

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 _____

※ 本用紙をご持参いただき、学会総合受付にご提出ください。