

【様式 1】

第 39 回日本 IVR 学会中国四国地方会

メディカルスタッフ証明書

下記の者は、当院のメディカルスタッフであることを証明します。

氏 名：

職 種：

※お手数ですが、職種まで必ず記入をお願い致します。

令和 年 月 日

住所：〒

所属施設名：

所 属 長 名：

⑩

※所属長に署名・捺印をいただってください
※学会当日、本証明書を受付へご提出ください