メディカルスタッフ証明書

第 20 回日本心不全学会学術集会

会長　筒井　裕之　先生

下記のものは、当施設のメディカルスタッフであることを証明します。

氏名：

生年月日：

職種：該当するものに○印をつけてください。

看 護 師 ・ 薬 剤 師 ・ 臨 床 工 学 技 士 ・ 臨 床 検 査 技 師 ・ 栄 養 士 ・ 療 法 士

救急救命士・医療ソーシャルワーカー・診療放射線技師・移植コーディネーター

その他（　　）

年　　月　　日

住所　〒

所属名

責任者署名　　㊞