

メディカルスタッフ証明書

第 21 回日本心不全学会学術集会

会長 伊藤 宏 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

Ⓢ