メディカルスタッフ証明書

第 22 回日本心不全学会学術集会

会長　小室　一成　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　　㊞