第59回日本移植学会総会

メディカルスタッフ　証明書

|  |  |
| --- | --- |
| ふりがな |  |
| 参加者氏名 |  |
| 所属先 | 〒 |
| 連絡先 | TEL：  メール： |

上記の者が当施設に在籍し、メディカルスタッフ（コーディネーター・

看護師・薬剤師・技師・研究員・病院事務等）であることを証明する

2023年　　月　　日

＜証明者＞※所属施設の責任者の方でお願いいたします。

氏名：

所属：

役職：